Rok XLVII. Kraków, dnia 22. lutego 1908. Nr 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników polskich w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

W sprawie tamowania krwotoków podczas hebosteotomii.

Podał

Prof. Dr Aleksander Rosner.

»Należy zwracać baczną uwagę na niebezpieczeństwo krwawienia i skrwawienia się; ono to nadaje hebosteotomii cechę operacyi, przy której należy być uzbrojonym we wszystkie środki przeciw krwawieniu«. Zdanie to wypowiada Döderlein, jeden z najzasłużeńszych i najdoświadczeńszych znawców hebosteotomii. W znakomitym referacie o technice, wynikach i wskazaniach do operacyi rozszerzających miednicę, wypowiedzianym na zeszłorocznym zjeździe drezdeńskim, podnosi on, że kilka powikłań hebosteotomii może wywołać pośrednio lub bezpośrednio śmierć. Są niemi: zakażenie, wielkie, z raną kostną komunikujące, przerwanie pochwy, rany i pęknięcie pęcherza moczowego, zaczopowanie większych żył z ewentualnym zatorem, wreszcie krwotok wśród operacyi, który w jednym ze znanych przypadków rzeczywiście śmierć sprowadził.

Choćby jednak krwotok nie stał się bezpośrednią przyczyną śmierci, może jednak pośrednio do niej się przyczynić i to albo w ten sposób, że wytwarza krwiak *(haematoma)* w miejscu operowanem, który stać się może punktem wyjścia śmiertelnego zakażenia, albo wreszcie w sposób jeszcze więcej pośredni przez osłabienie odporności ustroju, jakie każda ostra niedokrwistość za sobą pociąga.

Groźne krwotoki wśród hebosteotomii należą na szczęście do niezbyt częstych powikłań tego zabiegu. O ile wiem, tylko w przypadku Rosthorna nastąpiła śmierć z krwotoku, w innych przypadkach*), zatrzymano bardzo silny krwotok przez ucisk, okłucie, lub podwiązanie krwawiącego naczynia po przecięciu skóry i szerokiem rozwarciu rany.

W jednym z moich przypadków wystąpił podczas piłowania kości bardzo silny krwotok żylny, który mimo natychmiastowego rozwiązania nie ustał i był tak uporczywy, że trzeba było stosować ucisk od zewnątrz i od pochwy przez kilka godzin, ażeby go zatrzymać.

Doskonałe prace anatomiczne (Tandler, Sellheim), mające na celu wykrycie źródła tych krwawień pouczyły nas ponad wszelką wątpliwość, które naczynia narażone są przy hebosteotomii na przerwanie, czyli inaczej, z których to naczyń obawiać się należy krwotoku.

Ale nie o to tylko tu chodzi. Zdaniem mojem po zadowalniającem rozwiązaniu pytania, »z których naczyń krwawi?« należy zadać sobie drugie pytanie: czy naczynia te są istotnie tak duże, że ten ich kaliber tłomaczy dostatecznie obfitość i gwałtowność krwotoku, czy też może w czasie operacyi są takie szczególne warunki, które ułatwiają powstanie gwałtownego krwotoku z naczyń, z których w innych warunkach płynęłoby mniej krwi?

O ile mi się zdaje, odgrywa tu wybitną rolę ucisk poprzedzającej części płodu na odpływowe pnie żylne i ten właśnie ucisk, utrudniający odpływ krwi, przyczynia się do powiększenia krwotoku. Ucisk części poprzedzającej działa podobnie, jak założona na kończynę opaska uciskowa, która nie zaciska naczyń tętniczych, tylko żylne. Powstające w tych warunkach krwawienie żylne, t. zw. krwawienie zastoinowe, może być bardzo silne.

Przy zwykłych, prawidłowych porodach u pierwiastek widzimy niejednokrotnie takie zastoinowe krwawienia. Zdarza się bowiem czasem, że zanim główka przejdzie przez szparę sromową, pęka gdzieś przy wejściu do pochwy błona śluzowa. Ranka jest malutka, krwawienie jednak dość silne. Pokazująca się w szparze sromowej główka pokrywa się skrzepami krwi i z niepokojem myślimy, co będzie po porodzie. Tymczasem z chwilą urodzenia się dziecka ustaje wszelkie krwawienie i z trudem znajdujemy szczelinkę, z której tak obficie krwawiło. Krwawienie ustało dlatego, że było zastoinowem, że stało w związku z uciskiem główki dziecka na odpływowe pnie żylne; ustało ono w tej chwili, kiedy skończył się ucisk, a z nim i zastoina żylna.

Zresztą opisano przypadki (Pfaunenstiel), w których przebieg dowodzi, że gwałtowny krwotok przy hebosteotomii jest również zastoinowym. Mam tu na myśli te przypadki, w których krwotok ustał lub znacznie się zmniejszył z chwilą rozwiązania rodzącej. W moim przypadku poród wpłynął korzystnie na gwałtowność krwotoku, który niemniej jednak trwał jeszcze i po porodzie, acz był już słabszy.

Aczkolwiek nie twierdzę bynajmniej, żeby każdy wielki krwotok przy hebosteotomii stał w związku z uciskiem części poprzedzającej płodu na żyły odpływowe, niemniej jednak sądzę, że, ilekroć wśród przepiłowania miednicy wystąpi bardzo silne krwawienie, należy rodzącą natychmiast

*) Po dwa Zweifla i Döderleina, po jednym Pfannenstiela, Hofmeiera, Olshausena, Puppela, Riecka, Fehlinga, Markwitza, Hammerschlaga, Tweedyego.

rozwiązać. Że nie zawsze krwotok ustanie po rozwiązaniu, poucza mój przypadek.

Sposób ten ma jednak swoje ujemne strony. Szybkie rozwiązanie jest wogóle mało pożądanem po hebosteotomii; ono to wywołuje niekiedy przerwanie pochwy, lub inne okaleczenia, które ze swojej strony przyczyniają się do krwawienia.

Odnosi się to szczególnie do pierwiastek i do tych rodzących, u których wzięto się do zabiegu wcześnie, zanim główka przystosowała się i zmieniła kształt, zanim ujście się rozwarło i zanim długotrwałe bole uczyniły drogi porodowe należycie podatnemi. Zupełnie zgadzam się z Hocheisenem i Henklem, że zanim weźmie się igłę Bumma lub Döderleina w rękę, należy długo czekać. Wykonanie tego zabiegu zbyt wczesne jest błędem. Zdaniem mojem należy odwlekać operacyę ile możności długo, już choćby dlatego, żeby w razie gwałtownego krwotoku módz rozwiązać rodzącą szybko i bez okaleczeń szyi i pochwy. Przeważna ilość krwotoków, wśród hebosteotomii powstałych, daje się zatrzymać przez ucisk. Musi on jednak działać z dwóch stron, t. j. od pochwy i od zewnątrz, można więc zatamponować silnie pochwę, a od zewnątrz wywrzeć ucisk ręką, lub też zacisnąć palcami jednej lub dwóch rąk, działającymi na okaleczoną i krwawiącą tkankę, jak uciskadło. Najwygodniej byłoby zastosować narzędzia, zbudowane podobnie, jak uciskadło Mikulicza; należałoby wówczas wprowadzić jedno ramię do pochwy, drugie położyć na skórze ponad przepiłowanemi kośćmi. Całą między ramionami narzędzia zawartą tkankę należałoby poddać uciskowi.

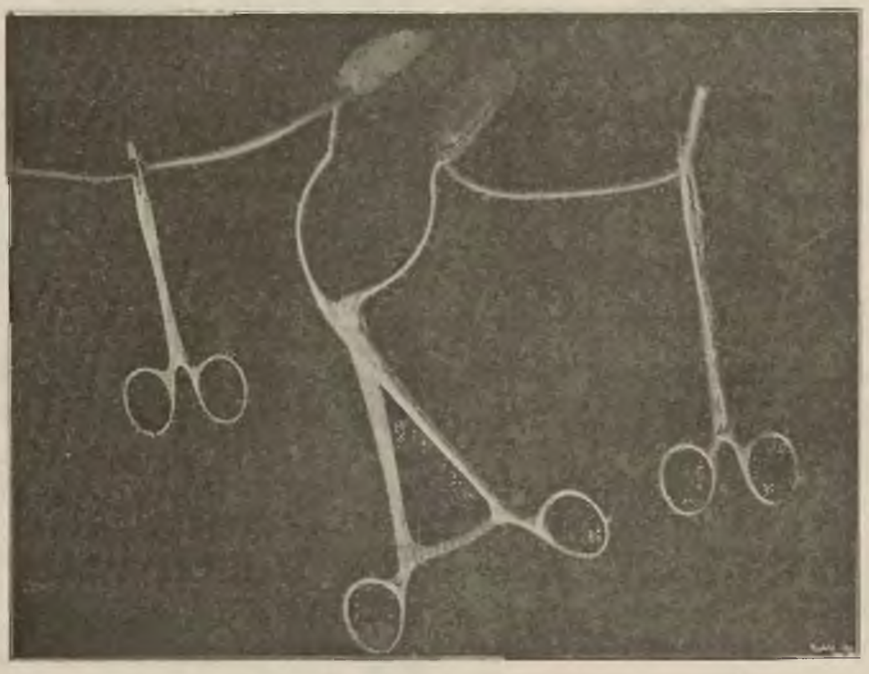
Poleciłem wykonać takie narzędzie. Szczególne warunki rany, którą narzędzie miało uciskać, wymagały uwzględnienia.

1) W ranie między pochwą i skórą leży przepiłowana kość o ostrych brzegach, które przy nieco dłużej trwającym ucisku wywołałyby z pewnością odleżynę. Narzędzie musiało więc być tak zbudowane, żeby do tej odleżyny nie doszło.

2) Naczynia głównie i najsilniej krwawiące, należące do ciała jamistego łechtaczki *(corp. cavern. clitoridis)* leżą na dolnym brzegu kości i ściśle do niego przylegają. Kość łonowa ma w tem miejscu dolny brzeg nieco odgięty i łatwo zdarzyćby się mogło, że mimo silnego zamknięcia narzędzia, właśnie te krwawiące naczynia, ochronione położeniem na dolnym brzegu kości mogłyby nie doznać ucisku. W budowie narzędzia musiało i to być uwzględnione. Uciskające poduszki należało tak zbudować, żeby przystosowywały się do nierówności kostnych i żeby jednostajnie uciskały wszystko, nawet te miejsca, które zwykłe, n. p. Mikuliczowskie uciskadło, pozostawiłoby wolnemi.

Narzędzie, którego ryciny tu podaję, odpowiada tym wymogom. Są to kleszcze o odgiętych pod kątem ramionach. Dłuższe ramię (29 ctm.) wchodzi do pochwy, krótsze (26 ctm.) działa od powłok skórnych. Niedaleko zamku wygięte są oba ramiona na zewnątrz półkolisto; kiedy narzędzie jest założone, przypada w to miejsce warga większa.

Na wolne końce ramion zakłada się płytki metalowe, które w razie potrzeby obracają się nieco dokoła długiej osi ramion. Umożliwia im ten ruch sprężyna, umieszczona na tylnej ścianie płytki metalowej. Koniec tej sprężynki jest nieco odgięty i wpada w płytki worek poprzeczny na ramieniu kleszczyków. Dzięki temu, płytka nie może spaść. Płytka, która ma leżeć w pochwie, jest znacznie więcej wklęsła od drugiej, która ma uciskać od powłok skórnych. Odpowiada to większej wypukłości kości łonowej od tyłu. Na te płytki metalowe wsuwa się osłonki gumowe, mające postać poduszeczek i dające się zapomocą rurki gumowej nadąć. Tak napięte poduszeczki gumowe wywierają dopiero przy zamknięciu narzędzia odpowiedni ucisk na tkanki. Ucisk ten jest elastyczny. Poduszeczki napełniam powietrzem zapomocą zwykłej strzykawki, a rurki zamykam kleszczykami, jak to uwidocznia rycina.



Płytki metalowe i odpowiadające im wielkością poduszeczki gumowe mogą mieć naturalnie rozmaitą szerokość. Do własnego użytku kazałem wykonać dwie pary płytek szerokości 3·5 ctm. i 2·2 i zdaje mi się, że to wystarcza. Wysokość ich wynosi około 4 ctm.

Narzędziem tem wywrzeć można ucisk elastyczny, co, jak sądzę, zapobiegnie odleżynie, choćby nawet ucisk ten trwał kilka godzin Poduszeczki wypełnione powietrzem przystosowują się dokładnie do nierówności kostnych brzegów, do czego w wysokim stopniu przyczynia się i to, że płytki metalowe obracają się nieco na ramionach, jak to wyżej wspomniałem.

Nie potrzebuję dodawać, że w chwili przechodzenia dziecka przez pochwę, narzędzie musi być usunięte.

Budowa narzędzia jest prosta i łatwo je oczyścić i wyjałowić. Osłonki gumowe znoszą doskonale gotowanie przez 10 minut.

W dwóch przypadkach hebosteotomii użyłem tego narzędzia. Ani w jednym, ani w drugim nie było zastraszającego krwotoku. W obu przypadkach krwawienie natychmiast ustało i to tak, że ani z ran nie sączyła się krew na zewnątrz, ani nie gromadziła się w tkankach w postaci

krwiaka. W drugim przypadku poduszki gumowe wygniotły podczas zamykania narzędzia krew, nagromadzoną już w tkance. Krew ta wytrysnęła przez obie rany. Operowałem oba razy sposobem Doederleina.

Zgadzam się zupełnie z Siegwartem, że należy zapobiedz powstaniu krwiaka i sądzę, że narzędzie moje spełni należycie to zadanie.

Hebosteotomia jest niewątpliwie wielkim w operacyjnem położnictwie postępem. Znaczna większość operatorów zgodnie przyznaje, że wyniki tego zabiegu są doskonałe, równocześnie podnosi jednak wątpliwości, czy należy zabieg ten wykonywać w domu, czyli poza kliniką i szpitalem. Przekonany jestem, że jest błędem przedstawiać hebosteotomię jako zabieg lekki i niewinny. Jest on co najwyżej krótki i efektowny.

Ale mimo wielkiej popularności, jaką zabieg ten się cieszy, nie można przewidzieć, jakie będą dalsze jego losy. Jeśli w tej lub innej klinice równie biegły, jak Rosthorn operator straci rodzącą z powodu nie dającego się zatamować krwotoku, to zdarzenie takie, zwłaszcza gdyby było nie odosobnione, mogłoby zupełnie hebosteotomię zdyskredytować.

Leży więc w interesie samejże operacyi, (która mimo całej popularności, walczy dopiero o uznanie i jest w okresie próbnym), ażeby operator myślał, przystępując do hebosteotomii, o możności skrwawienia się chorej i ażeby przeciw tej ewentualności był uzbrojony.

Zupełną słuszność ma Bumm, mówiąc: »Nie wiem, cobym wolał, czy małe skaleczenie pęcherza przez ukłucie, które, po założeniu cewnika na stałe, gładko się zgoi, czy wielki krwotok, z którym w praktyce rady sobie dać nie można« (mit der ich in der Praxis nichts anfangen kann).

Mam nadzieję, że opisane tu uciskadło, (jeśli odpowie moim oczekiwaniom), wpłynie na to, że świadomy niebezpieczeństw operator z mniejszym niepokojem brać się będzie do hebosteotomii i że znakomita ta operacya przejdzie szczęśliwie okres prób, w których się do dziś dnia znajduje.

Narzędzie wykonał i niektóre części jego opatentował Jerzy Haertel, (Wrocław, Albrechtsstrasse, 42). Wykonanie przypadło na miesiąc Czerwiec i Lipiec zeszłego roku.

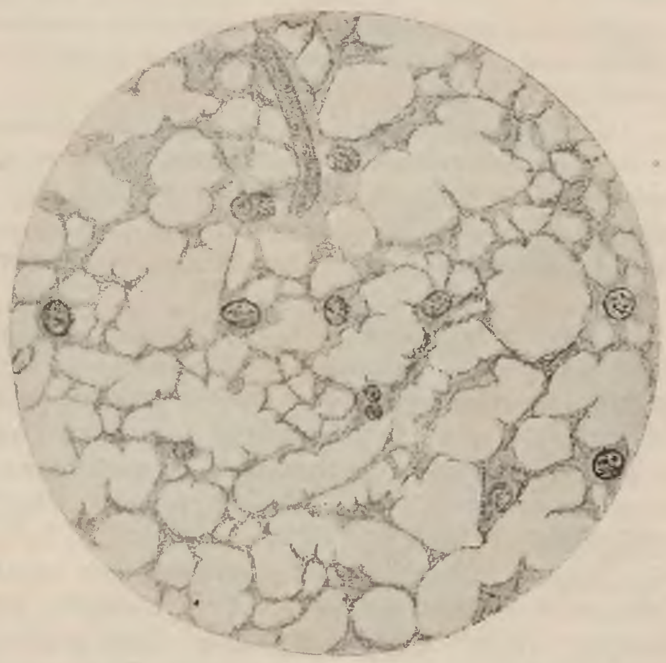
Czy należy przerwy ścian pęcherzyków płucnych, znajdowane w płucach osób utopionych, uważać za zmianę, cechującą śmierć z utonięcia?

Podał

Doc. Dr Stefan Horoszkiewicz

asystent zakładu med. sąd. U. J.

Badając mikroskopowo płuca, w których widać gołem okiem charakterystyczne zmiany t. z. rozedmy wodnej, stwierdza się, że w płucach tych w jednych miejscach są pęcherzyki niezmienione, w innych zaś miejscach, od poprzednich dość ostro odgraniczonych, są bardzo znacznie rozszerzone. W tych to częściach płuc spotyka się bardzo często liczne i rozległe przerwy w ścianach pęcherzyków, albo też zmiany, które musiałyby się w dalszym ciągu przerwaniem ściany zakończyć. Włókna sprężyste przegród, opierające się najdłużej wywartemu na nie ciśnieniu, są w wielu miejscach jedyną pozostałością przegrody, a i tu są silnie rozciągnięte, ścieńczałe, nierzadko przerwane tak, że końce tych przerwanych włókien zwisają wolno do światła pęcherzyka. Najrozleglejsze takie zmiany spotyka się w płatach górnych i w przybrzeżnych częściach płatów. Te właśnie części płuc, z przyczyny znanych stosunków anatomiczno-fizyologicznych mogą się przy kurczowo pogłębionych wdechach rozszerzać dokładniej, niż inne. Z tych samych powodów w tych to okolicach największe zmiany zwykłej rozedmy spotykać się zwykło. Przerwy te w ścianach pęcherzyków płucnych powstają niewątpliwie w okresie duszności i to wdechowej. W okresie tym zwiększa się bardzo znacznie ciśnienie ujemne w jamach opłucnych, skutkiem czego zwłaszcza w powyżej wymienionych częściach płuc, muszą pęcherzyki płucne rozszerzyć się do ostatecznych granic i pod wpływem ciśnienia zawartego w nich powietrza,



Rysunek I.

pękać. Rysunek pierwszy przedstawia część górnego płatu płuca królika utopionego. Na rysunku tym opisane zmiany dokładnie są widoczne.

H. K. W. Schmidt[1]) nazwał zmiany te charakterystycznym, stałym i łatwo stwierdzić się dającym objawem w przypadkach śmierci z utonięcia.

Wśród badań nad śmiercią z utonięcia, jakie już w czasie pojawienia się pracy Schmidta Wachholz ze mną[2]) przedsięwziął, mieliśmy sposobność wskazać na to, że ten obraz mikroskopowy w żadnym razie nie przemawia za śmiercią z utonięcia, mogliśmy go bowiem stwierdzić w płucach zwłok, które po śmierci do płynu włożone zostały. Powstawanie tych pośmiertnych przerw ścian pęcherzyków płucnych zauważyliśmy zwłaszcza w tych przypadkach, w których zwłoki leżały głęboko pod powierzchnią wody, lub też w tych, w których płyn do dróg oddechowych zwłok wprowadzony został z pewną siłą. Obecność przerw w obu tych przypadkach łatwo wytłómaczyć, gdy

[1]) Aerztl. Sachverst. Ztg. Nr 1, 1904.

[2]) Vjschr. f. ger. Med. 3 Folge, T. XXVIII. Z. 2.

się uwzględni znaczne ciśnienie, pod jakiem płyn do dróg oddechowych wnikał. Badanie płuc takich stwierdzało, że i tu największe zmiany znajdowały się w częściach przybrzeżnych, dowód, że pękanie ścian należało przedewszystkiem kłaść na karb działania zawartego w pęcherzykach, a przez płyn wciśniętego powietrza. Obrazy takie uzyskiwaliśmy nie we wszystkich doświadczeniach, ale jedynie w tych, w których drożność dróg oddechowych była zupełna, wnikanie płynu ułatwione przez szerokie rozwarcie jamy ustnej (zapomocą włożonego między zęby korka i ustalenie języka), zaś slup płynu, ponad zwłokami się znajdujący, był odpowiednio wysoki.

Zwróciliśmy równocześnie wówczas uwagę i na to, że zwiotczenie miąższu płucnego skutkiem rozpoczynającego się gnicia musi być uważane za czynnik usposabiający do powstania takich zmian, że w końcu pośmiertne, w czasie spoczywania zwłok we wodzie, zmienianie pojemności klatki piersiowej czy to przez jej ugniatanie, czy przez wypływanie zwłok na powierzchnię wody i ponowne ich zanurzanie się działać może jak ruchy oddechowe, ułatwiając pośmiertne wnikanie płynu.

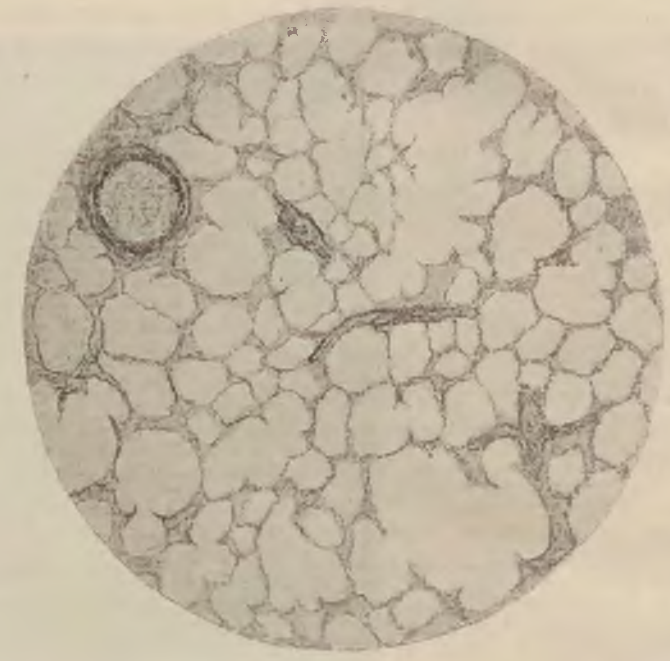
Już na mocy tych naszych wyników badań, nie można przerw ścian pęcherzyków płucnych uważać za zmianę charakterystyczną w przypadkach śmierci z utonięcia, ale jedynie tylko na mocy ówczesnego naszego doświadczenia, można je było uważać za zmianę dowodzącą, iż dane zwłoki w wodzie spoczywały.

Wkrótce jednak potem, badając płuca zwierzęcia, które zginęło w następstwie uduszenia przez zadzierżgnięcie, zauważyłem w ścianach pęcherzyków podobne zupełnie zmiany, jakie spotykaliśmy w płucach zwierząt utopionych i zwierząt po śmierci w wodzie zanurzonych. Przypadek ten uzasadniał przypuszczenie, iż obraz mikroskopowy płuc i w innych rodzajach śmierci może być takim, jaki opisał Schmidt. Dalsze badania w tym kierunku przeprowadziłem wspólnie z asystentem zakładu berlińskiego Dr Leersem, który niezależnie odemnie spostrzegał podobny obraz w płucach morskiej świnki, otrutej gazem świetlnym. Obok miejscowego bardzo silnego przekrwienia i obok wybroczyn w świetle samych pęcherzyków płucnych, znajdował Leers nadmiernie porozszerzane pęcherzyki obok miejscowych przerw w ich ścianach.

Te dwa spostrzeżenia, przy uwzględnieniu okoliczności iż objawy śmierci z utonięcia, ogólnie biorąc, są takie same, jakie zauważamy i przy innych rodzajach śmierci z uduszenia, pozwalały przypuścić, że zmiany takie uda się stwierdzić przedewszystkiem w płucach osób, u których przyczyną śmierci było uduszenie w ścisłem sądowolekarskiem znaczeniu lub też, których śmierć poprzedziła znacznego stopnia duszność.

Wspólne badania płuc zwierząt uduszonych przez zadzierżgnięcie przekonały nas o słuszności naszych przypuszczeń. Aby uniknąć wszelkich przypadkowych obrażeń miąższu zatapialiśmy po ustaleniu płuca tych zwierząt w parafinie, skrawki nalepialiśmy metodą japońską i barwiliśmy je elastyną Weigerta. Uzyskany obraz mikroskopowy nie różnił się zupełnie od obrazu płuc zwierząt utopionych. Rysunek II. przedstawia jasno, iż zmiany te tak jakościowo, jak i ilościowo odpowiadają takimże zmianom w rysunku I. Zmiany te spotykaliśmy w licznych naszych doświadczeniach, a nadto stwierdzić było można tak, jak w płucach osobników utopionych, wybroczyny w świetle pęcherzyków płucnych i w tkance międzypęcherzykowej.

Wynik tych doświadczeń uprawnia do wniosku, że rozedmę pęcherzykową i przerwy w ścianach pęcherzyków płucnych spotyka się we wszystkich innych przypadkach gwałtownego uduszenia, a więc przy powieszeniu, zadzierżgnięciu, zasypaniu, uduszeniu przez aspiracyę ciał obcych i t. d. Badania mikroskopowe płuc ludzi zmarłych skutkiem gwałtownego uduszenia stwierdziły te same zmiany, jakie zauważono w płucach zwierząt użytych do doświadczeń. Zmiany te tworzą się w tych przypadkach podobnie jak przy śmierci z utonięcia. Przyczyną ich jest różnica w ciśnieniu, jaka istnieje między jamą opłucną, w której skutkiem kurczowych wdechów niezwykle zwiększa się ciśnienie ujemne, a podwyższonem ciśnieniem dodatniem w wypełnionych powietrzem pęcherzykach płucnych.



Rysunek II.

Do rozszerzenia pęcherzyków płucnych wystarcza ciśnienie 6 mm. słupa rtęci (Donders), natomiast przy uduszeniu wznosi się ciśnienie do 20 mm. i powyżej, nawet wówczas, gdy w płucach znajduje się jedynie powietrze zapasowe i zalegające. Dalszym czynnikiem, sprzyjającym powstawaniu tych zmian, jest okoliczność, na którą zwrócił w ostatnich czasach uwagę Lochte[3]). Jeśli mianowicie dostęp powietrza do płuc nie jest całkowicie odcięty, w takim razie w czasie długich kurczowych wdechów jeszcze przez pewien okres zostaje powietrze do płuc wprowadzane, rozszerzając coraz bardziej pęcherzyki i zwiększając w nich dalej ciśnienie; przy usiłowanych zaś wydechach zostaje powietrze niedostatecznie prędko lub niezupełnie z płuc wydalone, (a to zależnie od stopnia zamknięcia dróg oddechowych), a raczej zostaje przez tłocznię brzuszną i czynnie obniżoną klatkę piersiową wparte do najłatwiej rozdąć się dających części, mianowicie do płatów górnych i części przybrzeżnych płuc.

Najkorzystniejsze warunki do powstawania przerw

[3]) Vjschr. f. ger. Med. 3 Folge, T. XXIX.

w pęcherzykach płucnych istnieją naturalnie wówczas, gdy dostęp powietrza jest zupełnie odcięty i gdy nastąpiło to po głębokim wdechu tak, iż płuca zawierają nadmierną ilość powietrza. Nawet jednak i w tych przypadkach, w których zupełne zamknięcie dróg oddechowych nastąpi po wydechu, może zawarte w płucach powietrze zapasowe i zalegające (prawie $^2/_3$ całej pojemności życiowej), wpędzone przez natężone czynne wydechy w jedno miejsce, przy następującym wdechu wywołać pęknięcie ścian pęcherzyków płucnych.

Przy otruciu gazem świetlnym i przy otruciu tlenkiem węgla należy szukać przyczyny tych zmian również w różnicach ciśnienia w klatce piersiowej, które zwiększa się jeszcze może skutkiem skurczu krtani.

Te same objawy, które przy uduszeniu przebiegają gwałtownie i szybko, przebiegają coprawda wolniej i nie z takiem natężeniem we wszystkich tych chorobach, w których drożność dróg oddechowych jest upośledzona czy to przez wydzielinę nieżytową, złogi włóknikowe, nowotwory i t d. Zejście takich przypadków jest w końcu to samo, jak i przy gwałtownem uduszeniu: rozdęcie pęcherzyków płucnych, przerwanie lub też zanik ich ścian, a to zależnie od tego, czy sprawa przebiega bardziej ostro czy przewlekle. W przypadkach ostro przebiegającego nieżytu oskrzeli u dzieci zdołał Leers w istocie zmiany takie stwierdzić.

Tak więc w zmianach miąższu płucnego, powyżej opisanych, nie można się dopatrywać znamiennych cech dla śmierci z utonięcia. Zmiany te wytwarzają się we wszystkich stanach, połączonych ze znaczniejszą dusznością, przedewszystkiem zaś w tych przypadkach, w których przyczyną śmierci jest gwałtowne uduszenie.

Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z posiedzeń naukowych w sekcyach X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie, wydane właśnie z druku, jest pokaźnym tomem »in quarto«, obejmującym 35 arkuszy druku. Tak, jak liczbą uczestników i wykładów, tak też i objętością tego wydawnictwa prześcignął Zjazd lwowski wszystkie poprzednie, bo nawet ani wydany w formie książkowej »Pamiętnik V. Zjazdu«, ani podobnež wydawnictwo niedoszłego VIII Zjazdu w Poznaniu, ani wydawnictwo IX. Zjazdu krakowskiego z r. 1900 (»Dziennik«) nie doszły tych rozmiarów. Dodać należy, że już i tak musiała Redakcya »Sprawozdania« poczynić wiele skróceń w materyale rękopiśmiennym, jakim rozporządzała, aby ile możności ujednostajnić całe wydawnictwo i nie skrzywdzić jednych, treściwie opracowanych działów, na rzecz innych, w których dostarczano nieraz kilkunastoarkuszowych artykułów. Ta niemała praca uporządkowania i wielkie trudności techniczne tłómaczą dostatecznie pewne opóźnienie wydawnictwa. Staranność, z jaką opracowali poszczególne działy »Sprawozdania« sekretarze i poczęści gospodarze sekcyi i z jaką wypełnił trudne swe zadanie Redaktor główny, Prof. Dr Sieradzki, sprawiają, że »Sprawozdanie« daje wierny i dokładny obraz całego dorobku naukowego X. Zjazdu. Toteż niewątpliwie spełni się nadzieja, wyrażona w przedmowie »Sprawozdania«, że stanowić ono będzie »dzieło naukowe poważniejszego znaczenia, gdyż w zwięzłej formie porusza ono ogromny szereg najważniejszych i najświeższych zagadnień wiedzy przyrodniczolekarskiej« — a ogół lekarzy i przyrodników polskich zachowa we wdzięcznej pamięci wszystkich tych, którzy przez opracowanie »Sprawozdania« pozostawiają po największym z dotychczasowych Zjazdów trwałą pamiątkę.

Strona typograficzna »Sprawozdania«, które można w handlu księgarskim nabywać po cenie 10 K, nie pozostawia nic do życzenia. »Sprawozdanie« zaopatrzone jest w dokładny spis treści i nazwisk. *Ciechanowski.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Bickel i prof. Grünmach. **Rzadki przypadek wykrztuszania kamieni.** (*Berl. klin. Wochs.* 1908, Nr 1). Autorowie opisują rzadki klinicznie przypadek u pewnej chorej, zgłaszającej się z trzema tuzinami drobnych nierównych kamyków wielkości główki od szpilki do wielkości grochu, które chora podczas kaszlu odpluwała. Badanie chemiczne kamyków stwierdziło obecność w nich soli wapniowych a mikroskopowo wykryło w środku kamyków ciałka białe, a na brzegu obwódkę z nabłonków oskrzelowych. Badanie stwierdziło u tej chorej sprawę gruźliczą przewlekłą płuc ze wszystkimi jej objawami, o tyle korzystnie przebiegającą dla chorej, iż odznacza się skłonnością do zwapnienia ognisk gruźliczych. Chorą prześwietlono promieniami Röntgena, przyczem dostrzeżono w środkowym płacie prawym i górnym lewym kilka ograniczonych cieniów wielkości wiśni, pochodzących jakby od kawałków metali. Cienie te poruszały się podczas oddechów. *Nowaczyński.*

Hofbauer. **W sprawie patologii i leczenia rozedmy płuc.** (*Wiener med. Presse* 1907, Nr 46). Freund twierdzi, że przyczyną rozedmy płuc jest zesztywnienie chrząstek żebrowych, a przez to unieruchomienie klatki piersiowej i radzi w takich przypadkach wycinać chrząstki częściowo celem uruchomienia klatki piersiowej. H. odpiera twierdzenie Freunda, gdyż według niego pogłębienie wydechu zależy nietyle od klatki piersiowej, ile od przepony. Z tego też powodu przy leczeniu rozedmy dążyć powinniśmy do wzmacniania wydechu przeponowego, co osiągnąć możemy czynnie, przez odpowiednie ćwiczenie chorego, lub biernie zapomocą opaski, podanej przez autora. Opaska ta, leżąca na brzuchu, opatrzona jest poduszeczką gumową, która przy wydechu napełnia się powietrzem i wywołuje przez to podniesienie przepony i przedłużenie wydechu. Potem powietrze mechanicznie uchodzi i wdech odbywa się swobodnie. *Klęsk.*

Prof. Koch. **Końcowe doniesienie o wynikach niemieckiej wyprawy dla zbadania śpiączki afrykańskiej.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 46). Tuż po wstrzykiwaniach atoksylu u chorych stwierdzał K. stale brak świdrowców w gruczołach chłonnych, powiększonych chorobowo. Przy tem leczeniu stan chorych znacznie się poprawiał. Po odstawieniu atoksylu polepszenie postępowało jeszcze naprzód, po jakimś czasie jednak ustawało, a u niektórych chorych występowało pogorszenie. Gruczoły chłonne stale natomiast się zmniejszały. Badanie krwi już w 5 dni po jednorazowem wstrzyknięciu dawki półgramowej atoksylu wykrywało w niej pasorzyty. Natomiast regularne wstrzykiwania usuwały je i z obiegu krwi na czas dłuższy, nawet do 3—4 miesięcy. Gramowe dawki atoksylu, stosowane co 7—10 dni, wywoływały objawy zatrucia, nudności, bole kłujące, a nawet nieustępujące z czasem oślepnięcia (22 przypadki). Wobec tego musiał K. wrócić do dawek półgramowych w 10-dniowych odstępach. Stosowano również arszenik podskórnie i wewnętrznie, działanie jego jednak, zdaniem Kocha, nie dorównywa działaniu atoksylu. Nukleogen, arsenferratyna, trypanrot, afridoblau, pararosalina, parafuchsyna nie wywierały żadnego skutku. Prócz świdrowców znajdował K. w licznych swych badaniach krwi i liczne pasorzyty krwi i to prawie stale nitkowca (*filaria perstans*). Pasorzyty zimnicze znalazł K. u 20 do 50 prc. chorych, najczęściej postać podzwrotnikową, rzadziej czwartaczki. Rzadziej spostrzegał K. krętki duru powrotnego. Co do środków zwalczenia choroby, to prócz stosowania atoksylu przez 4 do 6 miesięcy, przykłada K. wielką wagę do środków zaradczych. Ponieważ doświadczenie uczy, że *glossina palpalis* żyje tylko na ssawcach, najczęściej krokodylach, poleca K. tępienie tych zwierząt, dalej usuwanie nadbrzeżnych drzew i krzewów, wśród których *glossina* przebywa, wreszcie odpowiednie przepisy (zakaz przebywania w okolicach, gdzie zakażenie jest prawdopodobne, przesiedlanie krajowców w okolicach słabo zamieszkałych, stworzenie baraków leczniczych w okolicach zakażonych). Wśród 1633 chorych, leczonych przez K., śmiertelność wynosiła 8 prc., a więc znacznie mniej, niż w innych wyprawach. W ciężkich przypadkach można przyjąć śmiertelność 22·9 prc. Liczbę tę trzebaby jednak przepołowić i odrzucić przypadki, w których leczenie atoksylowe z powodu różnych przyczyn było niedostateczne. — Wreszcie na podstawie spostrzeżeń swych przyjmuje K. możność zakażenia się świdrowcami u kobiet przy spółkowaniu. Za tem przemawiały przypadki zakażenia się kobiet w okolicach wolnych od muchy *glossina*, których mężowie podczas podróży zakazili się pasorzytami śpiączki. *Dr Skórczewski.*

W sprawie leczenia choroby Basedowa. (*Med. Klinik* 1908, Nr 1—2). Na kwestyonaryusz w sprawie leczenia choroby Basedowa, rozesłany przez redakcyę, nadesłało odpowiedź kilku najwybitniejszych znawców na tem polu. Prof. Erb z Heidelbergu uważa chorobę Basedowa za nerwicę, leczy ją głównie klimatycznie, dalej stosuje arsen, żelazo, brom i t. p. Jod działa niekorzystnie, podobnie tyreoidyna. Zapomocą antityreoidyny otrzymać można czasem dobre wyniki. Operacyjnie leczyć należy przypadki ciężkie, opierające się leczeniu wewnętrznemu, z wybitnymi objawami wola. W wielu przypadkach uzyskuje się wtedy wcale dobre wyniki. Prof. Bier z Berlina operuje każdego chorego. Wyniki ma dobre. Objawy chorobowe ustępują już w czasie gojenia się rany z wyjątkiem drżenia, wysadzenia gałek ocznych, potów i przyśpieszonego tętna, które utrzymują się dłużej. Prof. Kocher z Berna twierdzi, że leczenie operacyjne w początkach choroby daje zawsze dobre wyniki. Leczenie wewnętrzne powinno być po operacyi dalej stosowane. Przy opanowaniu techniki operacyi i zachowaniu pewnych ostrożności operacya nie przedstawia żadnych niebezpieczeństw. Prof. Strümpell z Wrocławia stosuje głównie leczenie dyetetyczno-klimatyczne. Leczenie surowicami, rodagenem i operacyą uważa za niepewne. Prof. Eulenburg z Berlina jest tego samego zdania. W wyleczenie zupełne nie wierzy. Czasem przy podawaniu sperminy uzyskuje się stosunkowo dobre wyniki. Prof. Eichhorst z Zurychu nakłania chorych do operacyi, jeśli leczenie wewnętrzne pozostaje czas dłuższy bez skutku; spostrzegał wyleczenia po operacyi. *K.*

Zawisza. **Leukocyty w moczu chorych, dotkniętych gruźlicą dróg moczowo-płciowych.** (*Gazeta lek.* 1907, Nr 50). Przy badaniu leukocytów w moczu zwracał Z. uwagę na zmiany w protoplazmie i w jądrze. Zasadowość moczu wpływa na zmianę kształtu leukocytów, dlatego ważnem jest stwierdzenie, jak mocz oddziaływa, kwaśno, czy zasadowo. W przypadkach gruźlicy, spostrzeganych przez Z., mocz był zawsze kwaśny. Leukocyty tracą postać pierwotną, z okrągłych stają się nieregularne, jakby poszarpane. Brzeżek jest zębaty lub naddarty, wytwarzają się wypustki protoplazmatyczne. Są one bardzo przeźroczyste w przeciwieństwie do ciemniejszego jądra. Jądro w stanie chorobowym bywa wybitnie ziarniste, nawet składa się niekiedy z oddzielnych bryłek. Gdy zmiany są daleko posunięte, niepodobna już jądra odróżnić od protoplazmy. Z badań Z. okazuje się, że leukocyty, dotknięte tylko zmianą kształtu, odzyskują swą pierwotną postać pod wpływem fizyologicznego roztworu NaCl, lub pikrokarminu Ranviera. Jeżeli natomiast różnica między jądrem, a protoplazmą jest zatarta, to leukocyty są już zwyrodniałe. W 32 przypadkach gruźlicy dróg moczowo-płciowych znalazł Z. leukocyty chorobowo zmienione, w 5 przypadkach wynik badania był ujemny. Natomiast widział Z. zmienione leukocyty w 3 przypadkach niegruźliczych (kamica, wodonercze, ropne zapalenie sterczu). W razie rozpoznania gruźlicy, obecność zmienionych leukocytów potwierdza niejako rozpoznanie, w przypadkach wątpliwych nasuwa przypuszczenie gruźlicy i zachęca do szukania prątków Kocha. *Dr Wł. Kluger.*

Cohn. **Teforyna.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 35). Teforyna (*thephorinum*) jest solą podwójną teobrominy sodu z mrówczanem sodu; zawiera 62·5 prc. teobrominy. Wyrabia ją fabryka Hoffmann & La Roche w proszku i kołaczykach po 0·5 gr. Autor stosował teforynę 2 razy dnia w dawkach po 0·5 (większych dawek nie poleca) i doszedł do przekonania, że teforyna jest dobrym środkiem moczopędnym w niewyrównanych wadach zastawkowych. Tutaj poleca C. szczególnie kombinacyę tego leku z naparstnicą, po czem spostrzegał większe wydzielanie moczu, niż po naparstnicy z teocyną. Natomiast przy przewlekłych zapaleniach nerek C. teforyny nie poleca, opierając się na podleczonym przypadku zapalenia nerek bez białka w moczu, w którym białko (do $3^3/_4$‰) tuż po podaniu teforyny wystąpiło, i dopiero po jej usunięciu powoli znikło. *Dr Skórczewski.*

Schlager. **W sprawie ciał podnoszących ciśnienie krwi w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, 46). Ostatnimi czasy tłómaczą Wiesel i Schur podniesienie się ciśnienia krwi u chorych na przewlekłe zapalenie nerek wzmożoną czynnością nadnerczy, przez co ma adrenalina nagromadzać się we krwi, wywoływać zwężenie naczyń i wzrost parcia. Na poparcie tego tłómaczenia przytaczają rozszerzające działanie surowicy krwi takich chorych na źrenicę żaby. Oprócz tego stwierdzili ci autorowie w surowicy krwi takich chorych adrenalinę zapomocą odczynu z chlorkiem żelaza. Do stwierdzenia adrenaliny, czy też ciała do niej podobnego we krwi chorych na zapalenie nerek, obrał Sch. inną drogę. Oparł się na spostrzeżeniu, że adrenalina działa na mięśnie naczyń i zakończenia nerwowe w ścianie naczyń, a doświadczenia wykonał na wyciętych tętnicach wołu; tętnice ludzkie, wyjęte natychmiast po śmierci, nie nadawały się do tych doświadczeń. Mięśnie zaś tętnic wołowych, odpowiednio przechowywanych, zachowują długi czas zdolność oddziaływania na różne ciała chemiczne. Tętnice wołowe są czułe nietylko na adrenalinę, lecz i na inne ciała, jak n. p. chlorek baru, co ważnem jest dlatego, że ciało, zawarte we krwi chorych na zapalenie nerek, a o którego wykrycie w tym przypadku chodzi, może nie być adrenaliną. Otóż już Mayer dowiódł, że podobne działanie, jak adrenalina, wywiera na podobnie przechowywane tętnice i surowica prawidłowa, nawet pozbawiona ciał białkowych. Sch. próbował na takich tętnicach naprzód działania prawidłowej surowicy ludzkiej i wołowej, przyczem się przekonał, że surowica ludzka wywołuje słabszy skurcz, aniżeli wołowa. Surowice różnych ludzi wywoływały prawie jednakowe skurcze tętnic; przez rozcieńczenie surowic skurcz tętnic się zmniejszał, podobnie jak się to dzieje i po rozcieńczeniu adrenaliny. Surowice, zagęszczane w próżni przy 25—30° C., wywoływały słabsze skurcze, a ciekawe to zjawisko odnosi się także do rozczynów adrenaliny, w taki sam sposób zagęszczonych. Dzieje się to prawdopodobnie wskutek dłuższego zetknięcia się adrenaliny z powietrzem, a uderzającem jest, że i owo ciało, zawarte w surowicy krwi, ulega w tych warunkach tym samym zmianom; istnieje więc wielkie pokrewieństwo pomiędzy owem ciałem, a adrenaliną. Ciało to, tak jak i adrenalina, trudno ulega dyalizie. W prawidłowej zatem surowicy krwi znajduje się ciało, które nietylko w działaniu na tętnice, ale i pod względem swoich fizyczno-chemicznych właściwości, zupełnie jest podobne do adrenaliny. Ciało to, wydzielając się ciągle do krwi, utrzymuje tętnice w ciągłem napięciu. W surowicy chorych na zapalenie nerek chodziłoby więc chyba o zwiększenie się ilości tego ciała, które już i w prawidłowych warunkach w surowicy się znajduje. Przeczy temu jednak doświadczenie, wykonane na wyciętych tętnicach wołowych z surowicami chorych na zapalenie nerek; surowice tych chorych rzadko tylko wywoływały silniejszy skurcz tętnic, aniżeli surowica prawidłowa, po największej części skurcz był taki sam, jak wskutek działania surowicy prawidłowej, lub nawet mniejszy. Możnaby więc przypuszczać, że ciało to ulega w surowicy chorych na zapalenie nerek rozcieńczeniu, albo, że jest to wogóle inne ciało; doświadczenia jednak znowu dowiodły, że ciało to zachowuje się podobnie do adrenaliny. Sch. dochodzi wreszcie do wniosku, że w surowicy chorych na zapalenie nerek może się wytworzyć ciało, niweczące działanie ciała, podobnego do adrenaliny. O ciele tem tyle można powiedzieć, że nie jest ono ciałem białkowem. *Pisarski.*

Chirurgia.

Ewald. **Stopa płaska i gruźlica kości stopy.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 47). W miarę postępu wiedzy lekarskiej uczymy się w cierpieniach, dających podobne objawy, rozróżniać już poszczególne odmiany, nieraz wymagające odmiennego leczenia. Nie rozpoznajemy już n. p. wogóle choroby Brighta, lecz cały szereg różnych postaci zapalenia nerek. Ta precyzya w rozpoznaniu nie objęła jednak jeszcze wielu cierpień, a dotyczy to zwłaszcza stopy płaskiej. Ponieważ cierpienie to jest bardzo częste i daje dość typowe objawy, przeto lekarze w każdym przypadku zmniejszenia się wypukłości stopy, przy bolach po wewnętrznej stronie, rozpoznają stopę płaską i stosują odpowiednie do tego leczenie. Stopa płaska może czasem dawać objawy zapalne, co bywa przyczyną zupełnie już szablonowego rozpoznania i leczenia. A jednak zapominać nie należy, że zupełnie podobne objawy chorobowe w początkach dawać mogą i inne cierpienia, a zwłaszcza gruźlica drobnych kości stopy, a wtedy leczenie nasze, n. p. wkładkami lub miesieniem, poprostu bardzo szkodzi. Z tego też powodu należy przy badaniu stopy płaskiej, bolesnej, a zwłaszcza zapalnej, zawsze robić zdjęcie rentgenowskie, by się upewnić, czy ta płaskość nie jest przypadkiem następstwem innych chorób kości, zwłaszcza gruźlicy. Na 3 przypadkach objaśnia E. właśnie wadliwe leczenie gruźlicy kości, rozpoznawane jako zwykła stopa płaska. We wszystkich 3 dopiero rentgenoskopia wyjaśniła sprawę, poczem zastosowano właściwe energiczne leczenie, na szczęście nie zapóźno. *Klęsk.*

Kraemer. **W sprawie następowego leczenia tuberkuliną gruźlicy chirurgicznej.** (*Med. Klinik* 1907, Nr 41). K. w przeciągu kilku lat ostatnich spostrzegał 40 chorych, którzy cierpieli dawniej na gruźlicę chirurgiczną, a potem zapadli ciężko na płuca. Skłoniło to K. do skrupulatnego badania dalej tej

sprawy, a to głównie z tego powodu, że zwykle chory po uleczeniu z gruźlicy chirurgicznej uważa się za zdrowego, nie leczy się dalej, ani nie szanuje, chociaż gruźlica chirurgiczna rzadko jest jedynem ogniskiem w ustroju. Ponieważ tuberkulina uznaną jest obecnie przez wielu autorów za pewny środek rozpoznawczy, a nawet i leczniczy w gruźlicy utajonej, przeto K. sądzi, że chorych po uleczeniu z gruźlicy chirurgicznej powinno się z zasady poddawać leczeniu tuberkuliną. Dotychczasowe próby K. przekonały go, że gruźlica utajona po wyleczeniu gruźlicy chirurgicznej jest bardzo częsta i że w przypadkach tych zapomocą tuberkuliny osiągnąć można wcale dobre wyniki lecznicze. *Klęsk.*

Bum. **Leczenie rwy kulszowej wstrzykiwaniami okołonerwowemi.** (*Wiener med. Presse* 1907, Nr 46). Leczenie rwy kulszowej wstrzykiwaniami w nerw i jego okolicę przekonało, że wynik leczniczy zależy tu nie tyle od środka wstrzykiwanego, ile raczej od sposobu wstrzykiwania. Z tego też powodu leczy obecnie B. rwę kulszową w ten sposób, że wstrzykuje w otoczkę nerwową poprostu fizyologiczny rozczyn soli kuchennej w ilości około 100 ctm. Najlepiej trafia się do nerwu w miejscu skrzyżowania się mięśnia dwugłowego z mięśniem pośladkowym wielkim. B. leczył w ten sposób 73 chorych i uzyskał 62·6 prc. wyleczeń. Działanie lecznicze tłómaczy sobie B. rozciąganiem pochewki nerwowej przez wstrzykiwany płyn. *Klęsk.*

Loewenthal. **O wstrzykiwaniach powietrza.** (*Med. Klinik* 1908, Nr 4). We Francyi polecono przed kilku laty wstrzykiwania podskórne powietrza przy nerwobolach. Od 2 lat stosuje L. ten sposób leczenia, zwłaszcza w przypadkach przewlekłych zmian nerwów, mięśni i więzadeł, a dalej w nerwobolach bez tła anatomicznego. Powietrze działa tu zdaje się głównie mechanicznie. W przypadkach rwy kulszowej i bolu ogonowego wyniki są bardzo dobre. Zamiast powietrza (naturalnie jałowego) używać można, lecz bez wybitniejszego wpływu, tlenu i bezwodnika kwasu węglowego. Wstrzykuje się powietrze w ten sposób, że igłę łączy się z balonikiem wpędzającym powietrze; w środku umieszczona wata służy za sączek. Powietrze ulega wessaniu w 3—8 dni i w miarę tego powtarza się 1—2 razy na tydzień wstrzyknięcia. *Klęsk.*

Gaudier. Kirmisson. **Przeszczepianie mięśni, ścięgien i nerwów.** (*II. główny temat Zjazdu francuskich chirurgów.* Paryż. Październik, 1907). Przeszczepianie mięśni, ścięgien i nerwów znajduje główne zastosowanie na kończynach dolnych. Przed zamierzoną operacyą należy dokładnie zbadać mięśnie, zwłaszcza elektrycznie, na co niemieccy operatorowie nie zwracają wielkiej uwagi. Przyszywa się zwykle ścięgno do ścięgna, lub ścięgno do okostnej. Szyje się jedwabiem. Bardzo ważne jest leczenie następowe. Wyniki zależą w znacznej mierze od techniki i doświadczenia operatora. Przeszczepianie nerwów odbywa się zwykle w ten sposób, że do obwodowego końca porażonego nerwu przyszywa się dośrodkowy zdrowego sąsiedniego. Końce nerwów powinny stykać się bez zbytniego napięcia, szew powinien obejmować ile możności tylko pochewki, i powinien być ochraniany od utworzenia się zrostów z sąsiednimi narządami lub skórą. Nerwy powinno się ujmować delikatnemi narzędziami. Gojenie się musi następować doraźnie. — Wogóle przeszczepianie nerwów, jak dotąd, pewnych wyników jeszcze nie daje.

Drugi sprawozdawca, Kirmisson, zapatruje się na przeszczepianie ścięgien i mięśni wogóle bardzo sceptycznie; nie widział tych świetnych wyników, o jakich wspominają niemieccy operatorowie. Przez zbicie stawu otrzymuje się nierównie lepsze wyniki, nie należy jednak operować przed 10. rokiem życia. Bardzo możebną jest rzeczą, że przeszczepienia nerwów zastąpią niepewne zawsze w wynikach przeszczepianie ścięgien i mięśni.

W dyskusyi w przeciwieństwie do francuzkich operatorów bronili niemieccy przeszczepiania. Hoffa twierdzi, że dobre wyniki operacyi zależą od odpowiedniego przygotowania przed operacyą, dokładnego i racyonalnego planu operacyi, od leczenia następowego, czystości i techniki operacyjnej, Po operacyi należy 6—8 tygodni pozostawić kończynę w położeniu poprawionem, a potem przez 6 miesięcy w przyrządzie do zdejmowania, stosując miesienie i elektryzowanie. Lange zwraca uwagę, by przeszczepiać ścięgno wspólnie z tkanką otaczającą dla uniknięcia następowych zrostów. Vulpius przestrzega, by nie operować wcześniej, jak dopiero w rok po wystąpieniu porażeń. *Klęsk.*

Prof. Tillmanns. **Ogólne leczenie zwichnięć.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 47). W leczeniu zwichnięć postępować trzeba różnie, a zależnie od tego, czy zwichnięcie jest wrodzonem, nabytem chorobowem, lub urazowem. Zwichnięcia wrodzone zdarzają się głównie w stawie biodrowym, rzadziej już w innych stawach, jak w barkowym, łokciowym i t. d. Zwichnięcie wrodzone biodra występuje zwykle po jednej stronie, rzadziej po obu. Odprowadzamy je sposobem Lorenza na jednem posiedzeniu bezkrwawo, poczem ustalamy kończynę zgiętą, odwiedzioną i skręconą na zewnątrz na 4—5 tygodni w gipsie. Opatrunki zmieniać należy co 4—5 tygodni. Leczenie trwa zwykle do roku. Najlepsze wyniki daje odprowadzenie do 6-go roku życia, czasem udaje się ono i u starszych. Zwichnięcie wrodzone biodra odprowadzać czasem trzeba krwawo, a u starszych dzieci zmuszeni nawet czasem jesteśmy odpiłować główkę przy linii krętarzowej, odświeżyć kość biodrową i dążyć do utworzenia się tam stawu wrzekomego. Zwichnięcie wrodzone w innych stawach leczy się podobnie, a więc bezkrwawo lub krwawo; w przypadkach stawu cepowatego zbijamy go, fałdujemy i zmniejszamy torebkę, lub nawet staw wycinamy. Podobnie postępować należy przy zwichnięciach nawykowych. Zwichnięcie urazowe odprowadzamy znanymi sposobami. Nawet w razie dłuższego trwania zwichnięcia próbować należy zawsze odprowadzenia bezkrwawego, a dopiero gdy się to nie uda, odprowadzić krwawo. Przy zwichnięciach połączonych ze złamaniem należy również próbować odprowadzenia, ale to zwykle się nie udaje i trzeba kość zespoić, lub usunąć odłamek. Nawykowe zwichnięcia czasem wyleczyć się dają zapomocą wstrzykiwań nalewki jodowej, lub wyskoku. Zwichnięcia chorobowe leczymy wspólnie ze sprawą, która je wywołuje. Występują one głównie po durze, płonicy, gośćcu i t. p., i to głównie w stawie biodrowym lub barkowym. Przy zwichnięciach poraźnych stosujemy odpowiednie przyrządy lub zbijamy staw, przy zniszczeniu powierzchni stawowych wycinamy je w częściach zdrowych. *Klęsk.*

Położnictwo i ginekologia.

Doc. Kehrer. **Fizyologiczne i farmakologiczne badania na żywo utrzymanych i żyjących wewnętrznych narządach rodnych.** (*Archiv f. Gynaek.* t. 81, z. 1). Wyniki tych badań są następujące: 1) Przy bezpośredniem spostrzeganiu gołem okiem można na wyjętym i żywo utrzymanym narządzie maciczno-pochwowym psa, królika, morskiej świnki, a najlepiej kota zauważyć skurcze o charakterze robaczkowym, przebiegające od rogów macicy ku dołowi, rzadko odwrotnie, nadto ruchy śrubowate, rozpoczynające się w miejscu odejścia więzadeł okrągłych i przebiegające ku szyjce, a w końcu ruchy wijące się i obrotowe samych rogów macicznych i powierzchni przecięcia pochwy. 2) Skurcze obu rogów macicznych występują równocześnie lub niezależnie od siebie; można je spostrzegać już u noworodków, choć najwybitniej z początkiem ciąży i w okresie wylęgania. 3) Macica ludzka (przynajmniej mięśniakowa i stwardniała) okazuje skurcze dosyć silne, choć leniwe, przerywane dłuższymi przestankami. 4) Macica ciężarna kota, królika i świnki wykonuje silne skurcze przerywane; podobne, ale nagle występujące i tylko zwolna ustępujące skurcze, przerywane długimi przestankami, mają być znamienne także dla macicy ciężarnej ludzkiej. 5) Ośrodków nerwowych ruchowych i tamujących nie można znaleść w więzadłach szerokich. 6) Macica i pochwa, wyjęte i utrzymane przy życiu, jeszcze przez godzinę wykonują znamienne wybitne ruchy. 7) Już słabe podniety mechaniczne wywołują na takiej macicy wybitne skurcze, szczególnie w przebiegu ciąży. 8) Dłuższa przerwa w dowozie tlenu do takiej macicy wiedzie do stopniowego ustania ruchów; ponowny dowóz tlenu jest słabą podnietą. 9) Zmiany ciepłoty wpływają wyraźnie na szybkość, regularność i siłę skurczów samorodnych; obniżenie ciepłoty poniżej 38° zwalnia i osłabia ruchy, które przy 25° ustają przy średniem napięciu mięśniowem; jeszcze przy 17° macica żyje. Stopniowe podwyższenie ciepłoty powyżej 38° do 45° przyspiesza ruchy, które od 46° do 60° znowu się zwalniają, a przy 66° następuje śmierć w stanie skurczu mięśniowego. 10) Atropina w małych i średnich dawkach pobudza ruchy macicy; przy dużych dawkach ruchy stopniowo ustają. 11) Pilokarpina i fizostygmina wywołują bardzo silne skurcze, potęgujące się aż do tężca. 12) Strofantyna w małych dawkach pobudza, w dużych poraża macicę. 13) Eter i chlorek barowy są silnymi, strychnina miernym środkiem pobudzającym, a mocznik pozostaje bez wpływu. 14) Pierwsza dawka morfiny zawsze wzmacnia napięcie, druga przejściowo je zwalnia; te zmiany napięcia można śledzić godzinami. 15) Chinina już w małych dawkach wywołuje silne skurcze; przy dawkach dużych narząd obumiera. 16) Nadnerczyna jest dla macicy ludzkiej, a także króliczej i świnki, najsilniejszym środkiem pobudzającym; przy rozcień-

czeniu 1: 250 milionów wywołuje już silne ruchy. Silnymi środkami pobudzającymi są również przetwory sporyszu, choć działają słabiej od nadnercza. 17) Narządy ruchowe narządu rodnego leżą w nim samym. 18) Wyniki tych doświadczeń zgadzają się zupełnie z badaniami na zwierzętach żywych.

Dr E. Ehrenpreis.

Kurdinowsky. **Dowody doświadczalne, że środki znieczulające nie wywierają żadnego wpływu porażnego na skurcz macicy.** (*Arch. f. Gyn.* tom 80, zeszyt 2). Autor badał wpływ ogólnie dzisiaj używanych środków znieczulających na skurcze macicy i przekonał się, że wyniki tych badań nie zgadzają się z zapatrywaniami ogólnie panującemi. I tak przekonał się, że chloroform zupełnie nie wpływa na skurcze macicy, ani też ich nie poraża. W jednym przypadku w przebiegu głębokiego uśpienia chloroformowego zauważono nawet wzmaganie się skurczów macicy. Wodnik chloralu wywierał tylko w niektórych przypadkach wpływ porażny i to zastosowany śródżylnie i w bardzo dużej ilości (do 0·4!) u królików z wagą około 2000 gr., nigdy jednak nie miał żadnego wpływu ani na ilość, ani na siłę skurczów macicy, zastosowany w postaci lewatyw. Dawki wstrzyknięta do żyły, które wywoływały porażenie, były tak duże, że obliczone na przeciętną wagę człowieka, nie dałyby się, — jako trujące, — w praktyce zastosować. Morfina, wstrzyknięta do żyły, i to również w bardzo dużej ilości (do 0·1!), miała tylko w jednym przypadku wyraźny wpływ ujemny, a zresztą w żadnym przypadku ani charakter, ani ilość skurczów nie uległy zmianie; nadto przekonano się, że bardzo często zaraz po wstrzyknięciu skurcze się nawet wzmagały. — Żadnego wpływu ujemnego nie zauważono w końcu przy zastosowaniu skopolaminy, atropiny i wyciągu kaliny (*extr. viburni prun. fluid.*). *Dr E. Ehrenpreis.*

Frank. **Rozwiązanie nadłonowe (suprasymphysäre Entbindung) i jego stosunek do innych zabiegów przy miednicach ścieśnionych.** (*Arch. f. Gynaek.*, t. 81, z. 1). Dotychczasowe zabiegi, używane przy miednicach ścieśnionych celem ukończenia porodu: cięcie cesarskie, łonowe i przyłonowe — nie dają się bezwzględnie zastosować w odpowiednich przypadkach, albo też wykonuje się je często z konieczności, choć bardzo niechętnie, n. p. przy bezwzględnem wskazaniu do cięcia cesarskiego u rodzących gorączkujących, albo, aby uniknąć wymóżdżenia na płodzie żywym, albo w końcu tam, gdzie wolelibyśmy macicę otworzyć pozaotrzewnie ze względu na przypuszczenie zakażenia wód płodowych i t. p. Autor poleca nowy zabieg, który nie ma usunąć klasycznego cięcia cesarskiego, ale ma je zastąpić tam, gdzie wykonanie cięcia cesarskiego staje się niemożliwe, a który ma tę zaletę, że pozwala operować zawsze pozaotrzewnie, że ubytek krwi przy jego wykonaniu jest niewielki i że wskazanie ze względu na czas zabiegu nie jest tak ograniczone, jak przy cięciu cesarskiem. Przebieg operacyi jest następujący: 2 palce nad spojeniem łonowem przecina się powłoki brzuszne i otrzewnę ścienną poprzecznie na długości 12 ctm.; następnie przecina się fałd otrzewny maciczno-pęcherzowy w miejscu stałego jego przyczepienia do pęcherza moczowego i oddziela się fałd ten od podstawy ze wszystkich stron i to na pewnej przestrzeni; w ten sposób nietylko uwalnia się znaczną część dolnego odcinka macicy od pokrywającej go otrzewnej, ale nadto zyskuje się płat otrzewnej, który zeszyty z otrzewną ścienną górnego brzegu rany zamyka znowu zupełnie jamę otrzewną. Teraz dopiero, a więc już pozaotrzewnie, przecina się dolny, zwykle ścieńczały odcinek macicy, na przestrzeni 8 ctm., i stara się przez ucisk z zewnątrz wstawić główkę płodu w uzyskany otwór w macicy. Po samorodnem najczęściej urodzeniu się płodu, usuwa się natychmiast łożysko i zaszywa cięcia albo zupełnie, albo zostawia się sączek. Na 13 w ten sposób operowanych rodzących otrzymano 11 dużych, żywo urodzonych płodów; matki wyzdrowiały wszystkie. Zważywszy, że były to same przypadki zakażone, a więc nie nadające się do zwykłego cięcia cesarskiego, a przy innych zabiegach poświęciłby się musiało życie płodów, że operacyę powyższą wykonywano nie zawsze w idealnych warunkach, bo raz tylko przy pomocy położnych, a raz nawet w brudnej kuchni obok stajni, należy osiągnięte wyniki nazwać świetnymi i sam zabieg uznać za godny ze wszech miar polecenia. Zaletą tego zabiegu jest nadto ta okoliczność, że stopień ścieśnienia miednicy nie odgrywa przy niej żadnej roli w przeciwieństwie do cięcia łonowego i przyłonowego, które dają dobre wyniki tylko przy pewnych ścieśnieniach miednicy. Autor sądzi, że przy pewnej wprawie każdy lekarz praktyczny będzie mógł wykonać cięcie nadłonowe, a wówczas zniknie może zastosowanie wymóżdżenia na płodzie żywym, a także i sztuczne poronienia i porody przedwczesne z powodu ciasnej miednicy dadzą się znacznie ograniczyć. *Dr E. Ehrenpreis.*

Birnbaum. **O wydzielaniu się chlorków w ciąży przy obrzękach w ciąży i białkomoczu.** (*Arch. f. Gyn.* t. 83 z. 3). Pobudką do badań była tu publikacya Cramera o pięciu przypadkach obrzęków bez białkomoczu, w których powiodło się Cramerowi przez wyłączenie z pożywienia chorych NaCl cierpienie to usunąć lub co najmniej stan chorych znacznie polepszyć. Na tej zasadzie twierdzi Cramer, że obrzęki w ciąży są chorobą przemiany materyi, właściwą ciąży, a polegającą na zatrzymaniu NaCl w ustroju, nie uznaje on zaś zmian miejscowych pod postacią zaburzeń w krążeniu, któreby były powodem obrzęków. B. poddaje te twierdzenia teoretyczne krytyce doświadczenia i bada wydzielanie się NaCl 1) w przebiegu ciąży prawidłowej, 2) przy obrzękach bez białkomoczu, 3) przy nerce ciężarnych. Na zasadzie badania moczu i macicy u ciężarnych zdrowych stwierdza B., że zatrzymania NaCl tu niema, co więcej, B. nie widział obrzęków nawet i wtedy, kiedy wstrzykiwał ciężarnym zdrowym 500 cm³. NaCl. Co do obrzęków bez białkomoczu, dla którego wytłómaczenia po myśli Cramera należało przypuścić zapalenie kłębkowe nerek, to badanie moczu stwierdza również, że o zatrzymaniu NaCl niema tu mowy, a tem samem niema mowy o zaburzeniach w czynności nerek. Wreszcie przy nerce ciężarnych stwierdza B. zatrzymanie NaCl w ustroju, jak przy każdem innem zapaleniu nerek. B. zgadza się więc w wywodach ostatecznych, że obrzęki bez białkomoczu nie są zmianą miejscową, ale ogólną, za powód jednak uważa nie zatrzymanie NaCl i nie wodnistość krwi, jak twierdzą inni, ale jakiś bliżej mu nieznany czynnik szkodliwy, który krążąc we krwi ciężarnych i uszkodziwszy śródbłonki, wywołuje większą przepuszczalność naczyń i co za tem idzie obrzęk. Wzmożone ciśnienie krwi przyczynia się do tego. Dalszy stopień działania tego jadu daje już białkomocz, który różni się więc od obrzęków bez białkomoczu tylko stopniem. *A. Markowa.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

III. Posiedzenie naukowe d. 7. lutego 1908.

1. Prof. Mars przedstawia chorą po operacyi **słoniowaciny sromu,** którą przedstawiał przed operacyą na jednem z poprzednich posiedzeń.

II. Dr Hornowski wygłasza: **Przyczynek do rozpoznawania za życia istniejącego otworu owalnego serca** (z przedstawieniem przypadków sekcyjnych). Wada ta klinicznie może być rozpoznana tylko w pewnych szczególnych warunkach, jak przy stwierdzeniu dodatniego tętna żylnego i zatoru Zahna (*embolia paradoxa*). H. zwraca dalej uwagę na następujące punkty: 1) Przedziurawienie pierwotnej przegrody (*septum primum*) u ludzi jest zwykle pojedyncze. 2) Według powszechnego mniemania przy niezamkniętym otworze owalnym krążenie krwi odbywa się z żyły dolnej do przedsionka lewego. 3) Nie ma charakterystycznych cech dla wspomnianej wady. Następnie opisuje H. dwa przypadki tej wady: *a*) u kobiety l. 18, gdzie były trzy otwory, *b*) u mężczyzny l. 49, gdzie otwór był tak znaczny, że można już mówić *o cor triloculare biventriculare.* Oba przypadki mają pewne wspólne cechy: 1) Zwężenie ujścia żylnego lewego, 2) przerost i rozszerzenie przedsionka prawego, 3) zgrubienie nasierdzia na przedsionku prawym, 4) rozszerzenie tętnicy płucnej, 5) stosunek obwodu tejże tętnicy do obwodu tętnicy głównej, jak 2: 1. Zwężenie ujścia żylnego lewego spotykano przy tej wadzie prawie stale; jaki zachodzi tu związek między otworem owalnym, a tem zwężeniem, powiedzieć trudno. Na zasadzie wypowiedzianych uwag uważa H. następujący zbiór objawów za znamienny przy otwartym otworze owalnym serca: 1) Przerost i rozszerzenie przedsionka prawego. 2) Zgrubienie osierdzia na przedsionku prawym. 3) Znaczne rozszerzenie tętnicy płucnej. Jeżeli dodać do tego stale występującą wypukłość po stronie prawej mostka, jako wyraz tego, że wada trwa od urodzenia, to otrzymamy szereg objawów, które mogą ułatwić rozpoznanie.

Prof. Dr Wiczkowski podaje szczegóły kliniczne o pierwszym z przedstawionych przez kol. Hornowskiego przypadków. Chora miała być cierpiąca dopiero od lat dwóch. Nigdy przedtem nie cierpiała ani na duszność, ani na bicie serca, i nie

zauważała sinienia. Z powodu typowych objawów rozpoznawano zwężenie ujścia żylnego lewego i niedomykalność zastawki dwudzielnej. Prócz tego przypuszczał W. jeszcze jakąś inną wadę, może wrodzoną, a to na tej podstawie, że w drugiem międzyżebrzu było wybitne wzniesienie i tętnienie, a stłumienie serca zaczynało się już od 2. żebra i to na większej przestrzeni; szmer skurczowy nad tętnicą płucną był bardzo wybitny, podobnie drugi ton nad tętnicą płucną głośny i muzykalny. W rozpoznaniu różniczkowem uwzględnił W. postać zwężenia ujścia i niedomykalności zastawki dwudzielnej, opisaną przez Naunyna, gdzie objawy osłuchowe są wybitniejsze w II. międzyżebrzu, niż nad końcem serca, uwzględnił także wszelkie objawy, możliwe przy wadach serca wrodzonych, żaden jednak nie dał się dostosować w omawianym przypadku. Nie było tu także tętnienia dodatniego.

W dyskusyi zaznacza Dr Franke, że, jego zdaniem, zachodzi związek między zwężeniem ujścia żylnego lewego, a omawianą wadą; zwiększone ciśnienie w przedsionku lewym, jako następstwo zwężenia, mogło wywołać zanik uciskowy. Co do owych kilku otworów w przegrodzie, to uwzględniając obecność pasmowatych zgrubień wsierdzia, trzeba myśleć o przebytem zapaleniu. Prof. Wiczkowski nie uważa objawów, podanych przez kol. Hornowskiego, za typowe z wyjątkiem dwóch, t. j. do pewnego stopnia tętnienia żył szyjnych, a dalej zatorów Zahnowskich (*embolia paradoxa*).

III. Dr Czyżewicz przedstawia: 1) Preparat **włókniaka** wydobyty przez laparotomię u kobiety 50-letniej; włókniak ten, wielkości męzkiej pięści, wychodził z tylnej ściany szyjki macicy i wywołał znaczne jej wydłużenie. 2) Preparat **skórzaka jajnika, przechodzącego w raka.** Chora l. 38, wieloródka, odczuwała od kilku miesięcy bole dołem brzucha i trudności przy oddawaniu moczu. Przy badaniu stwierdzono guz chełboczący, wychodzący z lewych przydatków. Przy operacyi okazało się, że guz, ściśle zrośnięty z otoczeniem, dawał wypustki nowotworowe ku krezce i gruczołom zaotrzewnym. Badanie drobnowidowe stwierdziło, że jest to skórzak już z rakowymi naciekami. Przypadek jest jednym z dowodów, jak nie należy zwlekać z operacyą torbieli jajnika, choćby nawet małych.

Witold Nowicki.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 28. stycznia 1908 r.

Gryglewicz wypowiedział rzecz p. t. **Przyczyny dyzenteryi i surowica przeciwdyzenteryczna.** Pracę doświadczalną przeprowadził G. ze szczepami prątka dyzenteryi typu Shiga-Kruse, oraz ze szczepami prątków zwanych para- lub pseudodyzenterycznemi. Szczepy, pochodzące od Krala, a także z Krakowa, z Moskwy, z Kijowa i szczep wyhodowany w Warszawie, posiadały wszystkie cechy szczepu pierwotnego, wyhodowanego przez Shigę w Japonii. Szczepy pseudodyzenteryczne, pochodzące z Krakowa, z Kijowa, z Saarbrücken i wyhodowane w Warszawie, nie różniły się od szczepu wyhodowanego przez Flexnera w Manilii, na wyspach Filipińskich. Na zasadzie prób aglutynacyjnych i prób wydalania aglutynin, G. musiałby zaliczyć każdy ze swoich szczepów pseudodyzenterycznych, z osobna wzięty, do innej odmiany w zrozumieniu Krusego. Szczepy dyzenteryczne w tych próbach nie wykazywały takich odmian. Aglutynina boczna dla szczepów pseudodyzenterycznych znajdowała się tylko w surowicy konia, uodpornionego szczepami dyzenterycznemi, a nie było jej w surowicy uodpornianych królików.

G. nie może potwierdzić zdania Doptera, że dla szczepów dyzenterycznych i pseudodyzenterycznych istnieje jedno wspólne ciało uczulające. Z doświadczeń, wprawdzie dopiero rozpoczętych, możnaby wyprowadzić wręcz przeciwny wniosek.

Dyzenterya nie jest pojęciem przyczynowem, lecz klinicznem. W przypadkach dyzenteryi w Warszawie w ciągu ostatnich dwóch lat spotykał G. najczęściej prątki pseudodyzenteryczne; prątek dyzenteryczny był tylko w jednym przypadku. W wypróżnieniach dyzenterycznych często spotykano obficie prątki »paracoli«. Prątki te, jak również typowe prątki okrężnicy, wyhodowane ze stolców dyzenterycznych, odznaczały się znaczną jadowitością dla morskich świnek. Związek przyczynowy dyzenteryi z zakażeniem prątkiem dyzenterycznym typu Shiga-Kruse trzeba uznać za niewątpliwie stwierdzony. Podskórnemi, jak również wewnątrzżylnemi wstrzykiwaniami hodowli prątka dyzenterycznego, a także jego jadu, wywoływał G. wybitne zmiany dyzenteryczne w ślepej kiszce u królików.

Dyzenterya ludzka, wywołana przez prątki typu Shiga-Kruse, jest chorobą toksyczną. Jad prątka dyzenterycznego ma wszystkie cechy prawdziwego jadu rozpuszczalnego i znajduje się zarówno wewnątrz ciał bakteryjnych, jak i zewnątrz nich — w podłożach płynnych. Surowica przeciwdyzenteryczna, przygotowana przez uodpornianie zwierząt prątkiem dyzenterycznym, ma własności lecznicze i ochronne przy zakażeniu tylko tym prątkiem i zachowuje się obojętnie względem prątków pseudodyzenterycznych. *J. L.*

Ze Zjazdu lekarzy gubernii mińskiej

4—8. II. 1908.

Na prezesa Zjazdu lekarzy gub. mińskiej powołany został Dr Ryszard Janowski, wieloletni prezes Tow. Lekarskiego. Przy udziale 150 lekarzy, zgromadzonych z różnych części gubernii, odbył Zjazd 8 posiedzeń w przeciągu 4 dni, wykazując liczne braki w istniejących urządzeniach sanitarnych miast i gubernii.

Pomiędzy lekarzami prowincyonalnymi okazało się dużo sił bardzo wybitnych. Jednogłośnie wyróżniono odczyt Dra Napoleona Czarnockiego, zatytułowany skromnie »Medycyna wiejska«. W pracy tej, odznaczającej się bystrą obserwacyą i głębszą myślą, udowodnił autor zależność wad w stanie pomocy lekarskiej na wsi od ustroju społeczno-politycznego tego kraju i naszkicował program pożądanego ustroju. Odczyt to napisany z wielkim talentem literackim z domieszką nielitościwej satyry, smagającej biurokratyczną rutynę.

O stanie pomocy lekarskiej w gubernii i pożądanych reformach przemawiali oprócz tego lekarze: Urwancow, Troickij, Rozenberg, Zawadzki, Bałkowiec, Berman, Sielicki, Nikolski, Petrasewicz, Kamiński i felczer Smiriagin.

O stanie sanitarnym miasta Mińska, oraz o stanie pomocy lekarskiej w tem mieście wygłosili wykłady lekarze: Niedźwiedzki, Sołomonoff, Aleksandroff, Kodis, Janowski, Mikulina, Fiedorowicz, Berland. Naukowe odczyty, oraz spostrzeżenia z zakresu kazuistyki przedstawili: Borowski (»Herniotomie«), Agapow (»W sprawie etyologii duru brzusznego« i »Najprostszy skuteczny sposób odprowadzania przepuklin«), Rosenberg (»Odczyn oczny Calmettea«), Fejertag (»Przerzutowe zapalenie oka w okresie poporodowym«), Lunz (»Działanie fibrolizyny«), Ofenberg (»Nerwica urazowa«), Zdanowicz (»Gips w leczeniu ospy«), Sack (»Poronne leczenie kiły«), Kowarski (»Sposoby odkażania) i in. Postulaty, uchwalone przez Zjazd, dotyczą potrzeby szerokiej reformy medycyny wiejskiej (ziemskiej) w związku z wprowadzeniem miejscowego samorządu w najszerszem tego słowa znaczeniu. Oprócz tego Zjazd domaga się stworzenia rad sanitarnych powiatowych, powiększenia ilości posterunków lekarskich i szpitali ziemskich, udoskonalenia szpitala ziemskiego gubernialnego, podniesienia stopnia wykształcenia felczerów, zapewnienia ludności pomocy położniczej, popularyzowania wśród ludu wiadomości z zakresu higieny. Wreszcie Zjazd, wskazując na zbliżającą się grozę wybuchu na wiosnę dwóch klęsk: cholery i głodu, wzywa instytucye samorządne miejskie i wiejskie, oraz całe społeczeństwo do podjęcia energicznej walki z temi klęskami.

Sekcya jarosławska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

III. posiedzenie dnia 5. lipca 1907.

1) Odczytanie protokółu z poprzedniego posiedzenia.

2) Przewodniczący poświęca wspomnienie pośmiertne ś. p. Profesorowi Drowi Henrykowi Jordanowi i wzywa obecnych do uczczenia pamięci wielkiego filantropa przez powstanie, oraz oznajmia, iż w imieniu sekcyi wysłał telegram kondolencyjny do wdowy.

3) Dr Müller przedstawia chorych operowanych w szpitalu; *a)* trzy przypadki powikłanych **złamań czaszki;** wyleczenie; *b)* chorą, u której z powodu znacznego stopnia **zwężenia miednicy** (zmiękczenie kości), drożnej zaledwie dla dwóch palców, wykonano **cięcie cesarskie** z następową **amputacyą** nadpochwową **macicy** wraz z przydatkami (operacya Porro); jamę brzuszną setonowano przez pochwę — wyleczenie.

4) Dr Geisler: O jaglicy.

IV. posiedzenie dnia 24. października 1907.

1) Odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia.

2) Dr Turzański opisuje przypadek **migreny ocznej,** wyleczony sposobem Charcota.

3) Dr Rossberger przedstawia chorego, któremu z powodu martwiczego **próchnienia szczęki** górnej prawej, powstałego po wyrwaniu drugiego zęba trzonowego, a operowanego w szpitalu powszechnym w Jarosławiu, sporządził **zatykadło** (obturator), usuwające tak w kierunku praktycznym, jak i estetycznym wszelkie niedomagania wskutek braku szczęki.

4) Dr Zawadzki przedstawia chorych szpitalnych: *a*) chłopaka, u którego w okresie zdrowienia **po durze brzusznym** wystąpiło na obu ramionach **przerostowe zapalenie okostnej;** *b*) chorego **ze złamaniem powikłanem i zdruzgotaniem kości czołowej,** zadanem tasakiem wojskowym; wyleczenie; *c*) chorego z przypuszczalnem rozpoznaniem: **choroby Addisona.**

5) Przewodniczący poświęca wspomnienie pośmiertne ś. p. Drowi Józefowi Różańskiemu, wielce zasłużonemu około rozwoju Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

V. posiedzenie dnia 10. stycznia 1908.

1) Odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia.

2) Dr Turzański: O prostytucyi.

3) Dr Puzon przedstawia chorych szpitalnych: *a*) chorego ze zmianami **kiły trzeciorzędnej układu nerwowego,** które ustępują przy zastosowaniu leczenia swoistego (wcieranie szaruchy, jodek potasu; chory przedtem nie był nigdy leczony); *b*) chorą z **krwiakiem zamacicznym** wielkich rozmiarów, powstałym najprawdopodobniej wskutek pęknięcia ciąży zewnątrzmacicznej w pierwszych miesiącach. Cała jama Douglasa wypełniona guzem chełbocącym, dającym się wymacać przez powłoki brzuszne; guz ten sięga do pępka; macica przyparta do spojenia łonowego, wyczuwa się tylko część pochwową. Zatrzymanie mechaniczne moczu i kału. Ciepłota 39° C., dreszcze. Leczenie chirurgiczne przez pochwę; wyleczenie.

4) Dr Fechter przedstawia chorych szpitalnych: *a*) chorego z **ropniakiem opłucnej lewej i ogniskami** ropnemi **przerzutowemi** w stawie mostkowo-obojczykowym lewym i śródpiersiu przedniem; wyleczenie; *b*) chorego z **ropnicą po durze brzusznym;** ropnie w mięśniach prostych i pośladkowych; *c*) chorego z **włókniakomięsakiem** polipowatym uszypułowanym **u podstawy czaszki;** zabieg chirurgiczny: wyłuszczenie polipa drogą nosową sposobem Chassaignac-Brunsa; *d*) chorego, u którego z powodu uwięźnięcia **przepukliny pachwinowej prawej** wrodzonej wykonano herniotomię ze **zabiegiem doszczętnym Bassiniego;** z lewej strony **wodniak powrózka nasiennego** (usunięcie sposobem Bergmana); chory od 20 lat nosił pasek przepuklinowy obustronny; *e*) chorą **z wrodzonym naczyniakiem jamistym** podskórnym na stopie; *f*) chorą z **mnogimi brodawczakami** na zewnętrznym brzegu stopy; *g*) chorego ze **zmiażdżeniem ręki prawej** (palec, nadgarstek częściowo, palec wielki w ciągłości z nadgarstkiem, w trzech miejscach złamanie powikłane; nietypowe wyłuszczenie ręki w nadgarstku z utrzymaniem palca wielkiego; kikut w ten sposób utrzymany kosmetycznie nie razi, praktycznie zaś ma dla chorego znakomitą doniosłość); *h*) preparaty anatomiczno-patologiczne; 1) **nadnercze z ogniskami serowatemi** z osobnika, u którego Dr Zawadzki za życia rozpoznawał przypuszczalnie **cisawicę** (*morbus Addisoni*), 2) **martwaki,** uzyskane przy zabiegach chirurgicznych z powodu próchnienia kości, zapalenia szpiku kostnego i obumarcia kości; przyczem donosi mowca tymczasowo, że rozpoczął stosować plombowanie kości Mosetiga z modyfikacyą Eiselsberga i Mayrhofera, a o wynikach zda w swoim czasie sprawę.

Dr Roman Puzon, sekretarz naukowy.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Państwowy Urząd Zdrowia w Austryi, który ma powstać przy ministerstwie spraw wewnętrznych, rozwiewa na szereg lat nadzieję, by w Austryi utworzono żądane przez lekarzy osobne ministerstwo zdrowia. Zresztą i losy tego nawet urzędu są jeszcze bardzo niepewne; ostatnie wiadomości dziennikarskie brzmią, że o jego utworzeniu będzie mowa dopiero po uchwaleniu przez parlament ustawy państwowej o zwalczaniu chorób zakaźnych.... Sprawa tego urzędu wyłoniła się, jak donoszą dzienniki wiedeńskie, przy obradach nad projektem owej ustawy, toczących się w ministerstwie spraw wewnętrznych przy udziale prof. Weichselbauma z Wiednia, prof. Jakscha i Hueppego z Pragi. Otóż prof. Jaksch podniósł, że Najwyższa Rada Zdrowia spełnia dotąd czynności Państwowego Urzędu Zdrowia bez odpowiedniego wyposażenia w pracownie i t. p. Należałoby więc utworzyć na wzór niemieckiego »Kaiserl. Reichsgesundheitsamt« urząd, któryby rozporządzał odpowiedniemi pracowniami z osobnymi kierownikami (dotąd badania wykonywano w wiedeńskich pracowniach uniwersyteckich), prowadził statystykę sanitarną (dotąd prowadzoną przez centralną komisyę statystyczną) i czuwał nad wykonaniem przyszłej ustawy o chorobach zakaźnych. — Do narad ministeryalnych nie powołano, jak się zdaje, nikogo z Galicyi w tym charakterze, jak wymienionych 3 członków Najw. Rady Zdrowia. Wobec tego, że wynikiem tych narad ma być wniesienie projektu ustawy o chorobach zakaźnych zaraz po zebraniu się parlamentu, obawiać się można, czy odrębne interesa Galicyi, o których niedawno obszerniej pisaliśmy, zostaną w ustawie należycie uwzględnione i czy ten sam los nie czeka Galicyi przy *organizacyi Państwowego Urzędu Zdrowia. *C.*

Budżet sanitarny austryacki na r. 1908 (w budżecie ministerstwa spraw wewnętrznych) wyznacza 1,871.016 koron (o 209.545 K. więcej, niż w r. 1907) na płace lekarzy urzędowych w służbie państwowej. Jest ich w Austryi wogóle 464, z czego na Galicyę przypada tylko 94 (1/5), z płacą tylko 387.338 K. (1/6), gdy n. p. na Czechy 118 z płacą 430.609 K., a osobno na Morawy 41 z płacą 165.793 K.! Lekarzy policyjnych jest w Wiedniu 49. — w Pradze 16, — w Krakowie — jeden! Na 2 państwowe zakłady krowiankowe (w Wiedniu i — oczywiście — w Czechach) wyznaczono 61.733 K. (dochody 48.142 K.), na zakład surowic w Wiedniu 144.429 (dochody 110.000 K.), na zakłady badania środków spożywczych 293.988 K. (dochody 50.088 K.), na zwalczanie epidemii 1,000.000 K. (tylko o 20.000 więcej, niż w r. 1907). *R.*

Położenie lekarzy rządowych w Galicyi maluje dokładnie memoryał, wniesiony świeżo do władz wiedeńskich przez »Związek lekarzy rządowych galic.« Po studyach, dłuższych, trudniejszych i kosztowniejszych, niż na jakimkolwiem innym Wydziale uniwersyteckim, dostaje się lekarz, chcący wstąpić do służby rządowej, nie bez trudu i po dłuższem czekaniu w 32 do 35 r. ż. na posadę bezpłatną, albo co najwyżej za adjutum 1000 K. rocznie, a w stan spoczynku przejść może dopiero po 35 latach, t. j. w 67—70 r. ż.! Jednakże większość, sterawszy zdrowie w ciężkiej służbie, ledwo 30 lat wysłużyć może, a wielu umiera młodo, jako ofiary zawodu. W ostatnich 16 latach zmarło z rządowego personalu lekarskiego, liczącego 74—99 osób, przeważnie przed 50 r. ż. trzydziestu trzech lekarzy powiatowych, z nich czternastu z duru osutkowego! Prócz tego przebyło szczęśliwie dur plamisty szesnastu, kilku dur brzuszny i t. d. Narażając zdrowie i życie, nie mogą lekarze rządowi dojść nawet do tych rang, co zwykli urzędnicy rachunkowi bez wykształcenia uniwersyteckiego, a gdy wśród sędziów przypada wyższych rang 52·4 prc., wśród urzędników skarbowych 37·6 prc., to lekarze znajdują się pod tym względem na szarym końcu (22·2 prc.) razem z geometrami i urzędnikami pocztowymi, kończącymi tylko co najwyżej gimnazya. Przy tem wszystkiem stanowisko lekarzy w hierarchii rządowej zupełnie nie odpowiada ich zadaniom i pracy. — Żądania, wyrażone w memoryale, są bardzo skromne; zasadzają się one na tem, by lekarzy rządowych zrównano co do rang, płacy i lat służby z nauczycielami szkół średnich, by oddano jednemu lekarzowi w kraju rangę V., a kilku VI. (zamiast jak dotąd VI. i VII.) i wprowadzono odpowiednią zmianę w rangach dalszych, (coby zrównało personal lekarski dopiero z urzędnikami skarbowymi), oraz by przyznano lekarzom powiatowym większą samodzielność, na razie przynajmniej taką, jaką mają oddziały podatkowe starostw. *R.*

Wydział Towarzystwa Samopomocy lekarzy odbył w d. 6. II. posiedzenie, na którem roztrząsano sprawę bojkotu przetworów leczniczych i narzędzi lekarskich niemieckich. Uchwalono zwrócić się do Prezydyum Wiecu z d. 14. I. 1908 z prośbą, aby zwołało ankietę, zapraszając do niej dyrektorów klinik, prymaryuszy szpitalnych, aptekarzy i t. d. celem dokładnego rozpatrzenia sprawy i wprowadzenia jej w życie; zarazem postanowiono porozumieć się z kol. W. Ziembickim we Lwowie. — Nadto załatwiono szereg drobnych spraw bieżących. *R.*

*) „Casopis lek. českych« (Nr 7) podaje, że według krążących wieści kierownikiem Państwowego Urzędu Zdrowia ma być hr. Vetter, b. prezydent parlamentu, i zauważa, że zamiast obiecanego „wybitnego i doświadczonego zawodowca“, (n. p. krajowego referenta sanitarnego Czech lub Galicyi), stanałby wtedy na czele tak ważnego urzędu... prawie dyletant, który co dopiero uzyskał dyplom doktor ki.

Państwowy Związek organizacyi lek. austryackich ogłasza, co następuje: 1) III. Wiec Związku odbędzie się 29. i 30. Marca 1908; szczegóły ogłoszone zostaną później. 2) Organizacya lekarzy Dalmacyi zgłosiła swe przystąpienie do Związku. 3) Nowa organizacya zawiązuje się w Slawonii. 4) Krajowy Związek lekarzy niemieckich na Morawach przystąpił do Związku. — Prezes: *Dr Janeczek.*

Ograniczenie partactwa lekarskiego w Niemczech. Partactwo lekarskie w Niemczech przybrało w ostatnich czasach niebywałe rozmiary. Dość powiedzieć, że gdy n. p. w r. 1879 było w Berlinie partaczy 28, to już w roku 1897 liczono ich 476, a w r. 1903—1013. Przyczyny szukać należy w tem, że w Niemczech nie było dotąd ustawy, wzbraniającej leczenia nieuprawnionym. Średnio licząc, praktykuje obecnie w Niemczech 10.000 partaczy. Niektórzy z nich cieszą się znacznem powodzeniem; i tak w Berlinie są partacze, zarabiający rocznie przeszło 100.000 marek i przyjmujący dziennie nieraz po kilkuset chorych. Partacze ci swobodnie ogłaszają się w dziennikach; jak stwierdzono w jednym procesie, na same reklamy wydawał pewien partacz 5000 marek miesięcznie. Ludzie ci zwykle nie mają żadnego wykształcenia, często ukończyli zaledwo szkoły ludowe. Springfeld obliczył, że z partaczy 36 prc. należy do sfery robotniczej, 40 prc. do rzemieślniczej, a zaledwo 24 prc. ma jakieś większe wykształcenie. W Niemczech kwitnie też leczenie cudownymi środkami tajemnymi, leczenie listowne i t. p. Przeciwko partactwu wydana ma być obecnie wreszcie ustawa, której projekt jest już opracowany. Ustawa ta nakazuje, by osoby, które bez odpowiednich warunków trudnią się zawodowo leczeniem, donosiły o tem władzy policyjnej. Każdy nie-lekarz, trudniący się leczeniem, obowiązany jest prowadzić książkę zawodową, która na żądanie musi być władzy przedstawiona. Nie wolno leczyć osobom niefachowym bez zbadania chorych (a więc n. p. listownie), dalej nie wolno leczyć im chorób wenerycznych, nie wolno używać do leczenia środków odurzających, hipnozy i środków mistycznych. Przekroczenia tej ustawy mają być surowo karane, podobnie jak i zachwalanie środków, podnoszących czynność płciową, uniemożebniających zapłodnienie, rzekomo zapobiegających zakażeniu wenerycznemu i t. d., jakoteż »leczenie«, połączone ze szkodą zdrowia leczonego. Gdzie pomoc lekarska nie może być zaraz udzielona, wolno osobie nieuprawnionej udzielić pomocy do chwili przybycia lekarza, którego należy wzywać bezzwłocznie. Ustawa ta, jakkolwiek ma pewne braki i właściwie nie zwraca się wprost przeciw partactwu, ma jednak już tę dobrą stronę, że oddaje partaczy pod nadzór władzy i działalność ich znacznie ogranicza. Ograniczenia te przyczynią się zapewne do znacznego zmniejszenia się liczby partaczy w Niemczech. *K.*

Statystyka miasta Krakowa. Pod tym tytułem wyszła właśnie część II. zeszytu IX. cennego wydawnictwa Biura statystycznego miejskiego, opracowana przez Dra R. Sikorskiego, Dra Kumanieckiego i Dra Windakiewicza, a zawierająca szczegółowe wyniki spisu ludności, spisu domów i t. d. w r. 1900, spis przedsiębiorstw przemysłowych w roku 1902 i statystykę opieki gminnej nad ubogimi w roku 1901/2. Wśród obfitych danych znajdują się tu i szczegóły, zajmujące ze stanowiska sanitarnego. I tak n. p. okazuje się, że już w r. 1900 wskutek ciasnoty Krakowa przeważał w nim typ domów koszarowych (2 i 3-piętrowych) więcej, niż w któremkolwiek innem większem mieście w Austryi (Kraków 91·28 prc., Wiedeń tylko 65·06 prc.). Mieszkań suterenowych było w Krakowie stosunkowo niezbyt wiele (2·27 prc., gdy n. p. w Gracu 6·13 prc., ale znów w Wiedniu tylko 1·43 prc.). Kanały, połączone z kanałem miejskim, miało tylko 49·02 prc. domów, z reszty domów odpływem były zwyczajne ścieki. Tylko przy 29 prc. domów w Krakowie i Podgórzu były ogrody lub ogródki (od r. 1900 stosunki te jeszcze znacznie się pogorszyły). Liczba wychodków była w Krakowie dostateczna (1: 1·5 partyi, w Wiedniu 1: 1·4); jakości ich w spisie r. 1900 nie uwzględniono. Przepełnienie mieszkań mieszkańcami jest w Krakowie łącznie z Podgórzem największe z całej Austryi. *R.*

Zmniejszanie się śmiertelności w Londynie wskazuje, co można osiągnąć przez ulepszenia sanitarne nawet w tak olbrzymich miastach (London liczy niemal 5 milionów mieszkańców). Od r. 1861 do 1900 obniżyła się tam śmiertelność z 24·4 na 19·6‰, w następnem siedmioleciu na 16·2‰, a w r. 1907 wynosiła już tylko 14·7‰ ludności. Śmiertelność osesków spadła z 160 na 116‰ porodów; z nieżytu jelit zmierało przed 47 laty 4507 dzieci, obecnie umiera 1523, z duru 200 osób, obecnie 75, z płonicy ongi 3439, obecnie 513. *R.*

Towarzystwo zwalczania chorób płciowych w Wiedniu urządza w ciągu Marca wielką ankietę, do której zaproszono przeszło 2000 osób ze świata lekarskiego, prawniczego i t. d. Obrady odbywać się będą na 8 posiedzeniach (co 3—4 dni) w sali Izby handlowej. Ankieta dotyczy wpływu chorób płciowych na zdrowie ludności, ich rozkrzewienia się, przyczyn szerzenia się, prostytucyi, uświadamiania młodzieży i t. d. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 2. do 15. II. 1908 doniesiono o 60 nowych przypadkach duru plamistego w 18 gminach, a mianowicie: pow. Bohorodczany (Kryczka 2, Sołotwina 2), Brzeżany (Chorościec 1), Dobromil (Jamna dolna 2), Gródek jagiell. (Uherce niezabitowskie 13), Jarosław (Tuchla 5, Miękisz nowy 1), Kamionka (Witków nowy 2, Witków stary 4), Lisko (Łuh 10, Jaworzec 2), Przemyślany (Gliniany 4), Przeworsk (Przeworsk 1), Skałat (Połupanówka 2, Krasne 1), Śniatyn (Dżurów 2), Stryj (Pohar 2), Tłumacz (Jezierzany 4) i o 2 przypadkach ospy w Czernej pow. Chrzanów. *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 9. do 15. II. 1908 urodziło się dzieci żywo 55, nieżywo 6; zmarło osób 64 (w tem obcych 22), z nich z gruźlicy 18 (4), zapalenia płuc 7 (2), błonicy 2 (2), płonicy 1. *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 9. do 15. II. 1908 doniesiono o przypadkach: błonicy 2 † 2 (w tem obcych 2 † —), płonicy 1 † 1, duru brzusznego 1 (1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 9. do 15. II. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 8 † 2, krztuśca 2 † 3, płonicy 17 † 4, odry 7, duru brzusznego 1 † 1 (— † 1). *Dr Leg.*

Stan chorób zakaźnych w pow. przemyskim: w d. 15. II. 1008: błonica 1 przyp., krztusiec 37, odra 37, płonica 36, dur brzuszny 7. *Dr K.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 19. II. 1908 posiedzenie, na którem Prof. Kader przedstawiał operowane przypadki gruźlicy nerki, śluzakomięśniaka ściany brzusznej i skręcenia pętli esowatej, a Prof. Marchlewski wyłożył rzecz p. t.: Z badań nad barwikiem krwi i chlorofilem.

— Młodzież akademicka postanowiła wraz z uczniami Prof. Jakubowskiego, zajmującymi dziś stanowiska w różnych częściach ziem naszych, złożyć Mu przy ukończeniu Jego działalności dydaktycznej hołd czci i wdzięczności. Obchód ten odbędzie się 25. II. o godzinie 1 przedpoł. w sali wykładowej szpitala św. Ludwika.

— »Nadzieja, towarzystwo ku wspieraniu ubogiej chorej uczącej się młodzieży żydowskiej gal. szkół średnich i wyższych« ogłosiło sprawozdanie z drugiego roku swej działalności. W wynajętym domu w Szczawnicy, odpowiednio urządzonym na sanatoryum przeciwgruźlicze, leczono w tym roku 18 chorych (16 przypadków wczesnych, 2 posunięte), uzyskując bezwzględną poprawę u 9, względną u 6; u 3 stan się nie zmienił, u żadnego nie pogorszył. Fundusz obrotowy doskonale zorganizowanego, podzielonego na kilkanaście grup prowincyonalnych Towarzystwa zamyka się w dochodach i wydatkach kwotą 6,631 K, fundusz żelazny wynosi 482 K. Towarzystwo zmierza do budowy własnego domu, na co zebrano dotąd 1,461 K. Prezesem Towarzystwa jest Dr Jan Landau, sekretarzem Dr A. Schudmak, lekarzem zakładu, którego wielkie zasługi sprawozdanie gorąco podnosi, Dr R. Hammerschlag. Towarzystwo »Nadzieja« ma zadania zupełnie podobne do zadań Tow. »Bratniej Pomocy« w Zakopanem; toteż równie, jak tamto, zasługuje na poparcie.

— Docenci Dr Aleksander Baurowicz i Kazimierz W. Majewski otrzymali tytuł profesorów nadzwyczajnych.

— W roku przyszłym otwarta zostanie w Krakowie prywatna lecznica udziałowa na 40 łóżek. Budowa zakładu, którego koszt dobiegnie podobno 500,000 K, rozpocznie się wkrótce na gruntach przy ul. Garncarskiej, nabytych na ten cel przez grono założycieli, złożone z 16 lekarzy.

— *Otrzymujemy następujące pismo z prośbą o ogłoszenie.*

Na posadę lekarza okręgowego w Slemieniu mimo ogłoszenia konkursu żaden z PP. lekarzy nie wniósł podania, czego przyczyną może być chyba tylko nieznajomość tutejszych stosunków. Warunki bytu lekarza mogą tu być wcale korzystne: stosunkowo do ogólnej w kraju naszym drożyzny utrzymanie jest tu znacznie tańsze, niż gdzieindziej. Ludność tutejsza umie uznać potrzebę lekarza i ocenić jego pracę; toteż pragnie bardzo

mieć lekarza na miejscu. Sama miejscowość Slemień nadaje się na urządzenie małej stacyi klimatycznej, gdyż okolica jest piękna, a naokoło lasu szpilkowego obfitość. Przyjeżdża tu po kilka osób na lato, a gdyby był lekarz, przyjeżdżałoby więcej. Odległość od »świata« nie jest zbyt wielka. Wprawdzie Żywiec oddalony jest o 15 klm., z przeciwnej strony Sucha o 19 klm., ale do najbliższej stacyi kolejowej (Lachowice) jest tylko 9 klm. W samym Slemieniu jest od września z. r. wychowawczy zakład księży Pijarów, mieszczący na razie 100 wychowanków, ale mający być już w najbliższej przyszłości znacznie rozszerzony. Na posadę okręgową w Slemieniu rozpisano ponownie konkurs. Bliższych i szczegółowych wiadomości udzieli chętnie Zwierzchność gminna w Slemieniu, albo ks. Fr. Kacz, wikaryusz tamże.

Lwów. Druk »Sprawozdania z posiedzeń naukowych w sekcyach« X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich został ukończony, a rozsyłanie jego rozpoczęte.

— Na posiedzeniu Wydziału Izby lekarskiej wschodniogalicyjskiej w d. 3. II. uchwalono przedstawić pełnej Izbie do ratyfikacyi wszystkie uchwały wiecu Izb w Opawie, wydano opinię w sprawie otwarcia kilku nowych aptek i w sprawie podania jednego z lekarzy o zamianowanie go znawcą sądowym, oraz przyjęto do wiadomości oświadczenie Towarzystwa wzaj. ubezp. w Krakowie, że za badanie ubezpieczających się osób płacić będzie po 10 K. — Na dorocznem zaś zebraniu pełnej Izby w d. 5. II. przyjęto sprawozdanie z czynności Wydziału i Rady honorowej, ratyfikowano uchwały opawskiego wiecu Izb i przyjęto zamknięcie rachunków za r. 1907, oraz preliminarz budżetu Izby na r. 1908. (Dochody w r. 1907 — 16,201 K., rozchody bieżące 8,004 K, a 6,384 K przelano do majątku Izby, wynoszącego obecnie 49,152 K). Omawiano dalej sprawę zapomóg krajowych dla wdów po lekarzach okręgowych i sprawę statutu emerytalnego dla tych lekarzy, a w końcu uchwalono zwrócić się do Wydziału krajowego, by zasiłki na dalsze kształcenie się lekarzy szpitalnych przyznawano drogą konkursu na podstawie opinii Izby.

— Walne Zgromadzenie Towarzystwa ginekologicznego lwowskiego odbyło się 29. stycznia 1908. Po udzieleniu absolutoryum ustępującemu Zarządowi wybrano nowy, w skład którego weszli: Dr Wład. Hojnacki, prezes, Dr Józef Starzewski, wice-prezes, Dr Marya Kalmus-Schneidrowa, sekretarka, Dr Maryan Rappaport, skarbnik.

— Dyplom doktorski nostryfikował we Lwowie Dr Józef Hornowski z Warszawy, asystent lwowskiega zakładu anatomii patologicznej.

Poznań. Wydział lekarski Towarzystwa przyjaciół nauk odbył w r. 1907 posiedzeń 19, na których wygłoszono 9 wykładów; nadto było 30 demonstracyi. Nowych członków przyjęto 16; ubyło przez śmierć 4; cały Wydział liczy 120 członków. — Na Zjazd przyrodniczo-lekarski we Lwowie wyjechało 32 członków Wydziału; na obchód 30-lecia Towarzystwa lek. lwowskiego wysłał Wydział swego delegata.

— »Nowiny lekarskie« (Nr 2) zdając sprawę z pożegnania Prof. Jakubowskiego przez Wydział lekarski krakowski, podają udatną podobiznę ofiarowanego Jubilatowi medalu.

Warszawa. Zawiązało się w Warszawie Towarzystwo zwalczania chorób płciowych, mające prawo zakładania oddziałów prowincyonalnych. Towarzystwo dzieli się na sekcyę społeczno-prawną i lekarską.

Z różnych stron. Czeskie archiwum lekarskie »Sborník lékařský« wychodzić będzie jako dodatek do »Časopisu českých lékařů«, stanowiąc niejako ciąg dalszy »Sbornika lékařského«, wydawanego przez 4 lata przez Prof. Hlavę i Thomayera, oraz wydawanego potem przez lat 8 pod redakcyą Prof. Maixnera i Thomayera »Sbornika klinickeho«. Zarazem wydawany będzie przy »Časopisie česk. lek.« dodatek w językach obcych, »Revue«, zawierający streszczenia prac czeskich.

— Prof. Dr W. Orłowski wybrany został wiceprezesem Towarzystwa lekarskiego w Kazaniu.

— Rząd krajowy Bośni i Hercegowiny rozpisał konkurs na stanowisko prymaryusza oddziału chorób skórnych i wenerycznych w szpitalu krajowym w Serajewie. Pierwszeństwo mają kandydaci, władający jednym z języków słowiańskich.

— Dr T. Heryng z Warszawy praktykuje w tym sezonie w Mentonie.

— 37. Zjazd chirurgów niemieckich odbędzie się w Berlinie 21—24. kwietnia r. b.

— Składki na fundacyę im. Roberta Kocha dobiegły sumy 300,000 Mk.

— Słuchaczek medycyny na wszystkich uniwersytetach w Niemczech jest w r. b. 151.

— Słynny zbiór odlewów (moulage) dermatologicznych Prof. Lassara, złożony z przeszło 2,000 okazów, ofiarowała wdowa m. Hamburgowi, gdzie zbiór ten pomieszczony zostanie w szpitalu św. Jerzego.

Zmarli: Dr Józef Szulc w 66 r. ż. w Poznaniu; Dr Władysław Dumaire w 62 r. ż. w Rozwadowie;
pedyatra Prof. Frühwald w Wiedniu.

Mianowani: Dr Ernest Walker lektorem anatomii patol. w Oxfordzie, Dr E. Barclay-Smith lektorem anatomii w Cambridge; fizyolog Doc. Müller w Rostocku profesorem nadzwyczajnym.

Redakcya otrzymała: Statystyka m. Krakowa, opracowana przez Biuro statystyczne miejskie. Zeszyt IX. Część II. Kraków 1907. — Eisenberg: 1) Próba mianownictwa polskiego w nauce o odporności i w układzie bakteryi. Kryt. lek. 2) Sur les leucocidines des anaérobies. C. R. Soc. de biol. 3) O wczesnem rozpoznawaniu duru brzusznego. Tyg. lek. 4) Nowe drogi i nowe zagadnienia w nauce o odporności. Now. lek. i po niemiecku Ctrbl. f. Bakt. 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

L. 14.467.
I. D/a

KONKURS.

W bośniacko-hercegowińskim szpitalu krajowym w Sarajewie jest wkrótce do obsadzenia posada **prymaryusza i kierownika oddziału dermatologicznego.**

Z posadą tą związana jest ranga VIII. klasy urzędników krajowych bośniacko-hercegowińskich i odpowiednie pobory: 3.600 Kor. pensyi i 1.200 Kor., dodatku, jakoteż 400 Kor. kwaterowego.

Wydział krajowy zastrzega sobie ewentualnie także udzielenie dodatku osobistego aż do wysokości poborów VII. klasy. Ten dodatek osobisty będzie atoli przy ewentualnych posunięciach ściągany i udzielenie takowego popostawia się osobnemu porozumieniu się.

Ubiegający się o tą posadę powinni wnieść podanie z dowodami wieku, stanu, osiągniętego stopnia doktora, odbytych studyów fachowych, w szczególności odnoszących się do odnośnej specyalności, do bośniacko-hercegowińskiego Wydziału krajowego w Sarajewie do dnia 20 marca 1908 r.

Oprócz dowodu dłuższej praktyki w klinice dermatologicznej lub w oddziale szpitalnym, pożądane są świadectwa o wyszkoleniu w innych działach medycyny.

Ubiegający się o tą posadę powinni o ile możności posiadać język słowiański, muszą się zaś w każdym razie zobowiązać do przyswojenia sobie w ciągu roku języka serbsko-kroackiego.

Obsadzenie następuje na razie prowizorycznie i może po upływie roku nastąpić definitywnie, z czem połączone potem używanie wszelkich praw urzędników krajowych.

Podania osób pozostających już w służbie publicznej przedłożyć należy w drodze przełożonej władzy, podania kompetentów zaopatrzyć należy w stempel bośniacki na 1 Kor., a każdy załącznik w stempel bośniacki na 20 halerzy, lub też wpłacić odpowiednią kwotę gotówką.

Sarajewo, dnia 29 stycznia 1908. 366

Z Wydziału krajowego Bośni i Hercegowiny.